NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Liste des Journaux reproduits ou consultés pour la rédaction de l'Encyclographie.

JOURNAUX BELGES.

Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
Annales de la Société de médecine de Gand.
Annales de la Société de médecine d'Anvers.
Annales de la Société de médecine de Verviers.
Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines.
Archives de la médecine militaire Belge.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Annales médico-psychologiques.
Annales de thérapeutique de Regnetta.
Annales d'hygiène publique et de médecine lég.
Annales des maladies de la peau.
Annales médico-chirurgicales du Midi.
Archives générales de médecine.
Bulletin de thérapeutique.
Bulletin médical de Bordeaux.
Bulletin des Académies.
Gazette médicale de Paris.
Gazette des hôpitaux.
Gazette médicale de Montpellier.
Gazette médicale de Strasbourg.
Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse.
Journal de médecine et de chirurgie pratiques.
Journal des connaissances médicales.
Journal des connaissances médico-chirurgicales.
Journal de médecine de Lyon.
Journal de médecine de Nantes.
Journal de médecine de M. Trousseau.
Journal de médecine de Bordeaux.
Journal de chimie médicale.
Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie.
L'Union médicale.
Revue médicale.
Revue médico-chirurgicale de Paris de M. Malgaigne.

JOURNAUX ALLEMANDS.

Allgemeine med. central zeitung.
Arch. für physiologische heilkunde.
Arch. für anat. phys.
Deutsche klinik.
Journal für kinderkrankheiten.
Medizinisc. correspondenzblatt.
Med. annalen.
Smidt's jahrbricht.
Zeitschrifft F. D. G. M.

JOURNAUX ANGLAIS.

American journal of med. science.
Edinb. med. and surg. journal.
Guy's hospital reports.
Journal of psychologie.
London med. chir. transactions.
London journal of med.
London med. gazette.
Monthly journal.
New-york journal of med.
The Dublin med. pres.
The Lancet.
The med. Times.

JOURNAUX ITALIENS.

Annali Universali di med.
Bulletino delle science med.
Gazetta med. Lomb.
Gazetta med. Ital.
Giormale de l'academia.
Il Progresso.
Il Filiato sebezio.
Il Raccoglitore medico.

NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉE PAR

UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

1re PARTIE.

ARCHIVES

DE LA MÉDECINE BELGE ET REVUE DES JOURNAUX BELGES.

2me PARTIE.

BULLETIN

DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

3me PARTIE.

REPRODUCTION

ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

OCTOBRE 1851. — 12me SÉRIE. — T. X.

Bruxelles,

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE DE N.-J. GREGOIR, ÉDITEUR,

FOSSÉ-AUX-LOUPS, 66.

1851

SOMMAIRE DES ARTICLES CONTENUS DANS CE VOLUME.

Archiv. de la méd. belge. p. 74—135.
Bulletin de l'Académie royale de médecine belge. 136.
Tableau météorologique. 144.

IV. PATHOL., THÉRAPEUT. ET CLINIQ. MÉDIC.

Path. interne. 1—3. *Revue* 35, 39, 41.
Thérapeut. 4—8. *Revue* 33, 42..

V. ACCOUCHEM., MAL. DES FEM. ET DES ENF.

Accouchements. 9. *Revue* 30.
Maladies des enfants. 10. *Revue* 22, 26, 27.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALM.

Path. externe. 11—3. *Revue* 24, 38.
Méd. opérat. 14—15. *Revue* 31, 43.

VIII. Mal. des voies gén.-ur. 16—17. *Revue* 29, 32.

IX. Malad. syphilitiques. 18. *Revue* 40.

XII. Généralités. 19.

Sociétés savantes, pag. 193—229.
Mélanges. 44. *Revue* 20, 21, 23, 25, 28, 31, 36. 37.

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

(OCTOBRE 1851.)

TRAITEMENT DE LA TUBERCULISATION EN GÉNÉRAL ET DE LA PHTHISIE PULMONAIRE EN PARTICULIER;

par Louis Parola, de Coni, Représentant du peuple, etc.

(Traduit de l'italien par le docteur Raikem, professeur à l'Université de Liége, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique, etc.)

(Suite : *voir* le n° de septembre 1851, p. 1.)

Parmi les expérimentations récemment tentées, sur une vaste échelle, avec le tartre stibié, méritant d'occuper une place distinguée celles dont on est redevable au docteur *Devitis* qui prétend avoir obtenu la guérison de cent-soixante-seize phthisiques, au moyen de ce médicament. — Comme ce nombre énorme, exagéré, incroyable de guérisons, n'a pas été rigoureusement vérifié par d'autres médecins, au lieu d'augmenter le crédit du remède, il l'a au contraire diminué. — Toutefois, il ne manque pas d'autres faits qui viennent toujours plus en démontrer la puissance. *Bricheteau*, en France, en a fait les plus grands éloges, par suite des avantages positifs qu'il en a obtenus ; mais avant tous ces auteurs *Lanthois* (*loc. cit*), l'avait signalé comme spécifique de la phthisie et l'appelait le *conservateur par excellence*. — *Clark* et *Carswell* croient que la faculté qu'ont les émétiques d'augmenter et d'éliminer la sécrétion bronchique est bien fondée ; de plus, ils sont d'avis que leur action répétée peut empêcher la collection ou du moins la rétention de la matière tuberculeuse dans les ramifications des bronches et dans les cellules aériennes et prévenir ainsi la localisation de la matière et donner le temps de remédier au désordre constitutionnel.

Piorry (*op. cit.* § 7170) est d'accord avec ces auteurs et avec leurs opinions relativement à l'action du tartre stibié et du kermès pour favoriser l'expectoration et l'expulsion, hors des vésicules

aériennes, des différents liquides morbides qu'il considère, ainsi que les deux auteurs précités, comme susceptible de s'y dessécher, de s'y condenser et à donner origine à la tuberculisation. Quoiqu'il en soit, le fait est que *Piorry* lui-même atteste avoir vu, par ce moyen, disparaître quelques signes de tuberculisation commençante. Mais il préfère le tartre stibié aux émétiques, à l'endroit où il dit : *Pour ma part, j'ai peu de confiance dans de tels cas à l'oximel scillitique, à l'ipécacuanha et au polygala préconisé par Bouvard.* » — Ajoutons à cela que *Clark* attribue encore aux émétiques la faculté de porter la circulation vers la superficie du corps, de provoquer la sécrétion biliaire et de rétablir les autres sécrétions qui sont ordinairement dérangées chez les sujets d'une constitution tuberculeuse, en diminuant ainsi la congestion abdominale et en remettant l'équilibre dans la circulation. Mais de quelque manière qu'on veuille se rendre compte de l'action des émétiques, soit par l'utilité de la nausée qui, selon *Darwin*, en suscitant l'absorption pulmonaire, favoriserait la cicatrisation des ulcères, soit parce qu'ils arrêtent l'hémorrhagie ou qu'ils déterminent l'expulsion des petits tubercules, en provoquant la contraction des vésicules pulmonaires, il en résultera toujours en définitive : 1° que leur action bienfaisante virtuelle dans la tuberculisation est avérée par la pratique générale de tous les temps et de toutes les écoles. Divers praticiens, selon leurs différentes vues théoriques, ont proposé, dans le même but, outre le tartre stibié, d'autres émétiques, comme l'ipécacuanha, employé par *Reid* et par d'autres ; le sulfate de cuivre, proposé par le docteur *Simmons*, ou le sulfate de zinc associé à l'ipécacuanha, dont faisait usage le docteur *Senter* ; 2° que parmi tous ces émétiques le tartre stibié est le plus actif ; 3° que le vomissement n'est pas un des phénomènes dus à la grande et excessive action des émétiques, mais qu'on doit plutôt considérer comme tels : le froid glacial, la pâleur, le ralentissement de la circulation et des mouvements respiratoires, le pouls plus petit et faible, l'abattement des forces, en somme une dépression de toutes les fonctions organiques. Voilà quels sont les effets des contrestimulants qui ne diffèrent guère de ceux produits par la saignée. Ainsi le pensent non-seulement les cliniciens les plus expérimentés de l'Italie, mais aussi *Peschier*, en Suisse ; *Laennec*, *Trousseau*, *Téallier*, *Bricheteau*, en France ; *Frank*, en Allemagne ; *Spence*, *Lades* et autres médecins susmentionnés en Angleterre (1). *Trousseau* a observé qu'après l'administration du

(1) V. *Giacomini* ; *Traité des secours thérapeutiques*. tom. 3, pag. 22 et suivantes.

tartre stibié, la respiration et le pouls se ralentissent ; ce que *Frank*, *Delpech* et *Lallemand* ont aussi remarqué.

En outre, le tartre stibié paraît aussi exercer une action modificatrice et utile sur le sang. Le docteur *Popp* (1), d'après plusieurs observations, tire la conséquence que le tartre stibié diminue la proportion de la fibrine du sang, laquelle se trouve surabondante dans le sang des phthisiques. Une modification si importante des éléments de ce fluide serait d'une très grande utilité dans la phthisie, attendu que la médication du sang ne peut qu'aider l'effet des autres agents thérapeutiques (2). Ayant souvent donné le tartre stibié, comme moyen curatif, dans l'affection tuberculeuse, je puis consciencieusement assurer d'en avoir obtenu les plus grands avantages ; à l'aide de ce médicament je suis parvenu à diminuer la fièvre et les complications phlegmasiques, à ralentir les mouvements respiratoires ainsi que ceux de la circulation et, par suite, à tempérer la chaleur étique, la sécheresse de la peau et la constipation, par la faculté qu'ils ont de rendre de l'activité aux fonctions de l'organe cutané. Non-seulement j'ai constaté ces propriétés dans plus de cent cas de maladie tuberculeuse, mais encore dans au moins-vingt trois expériences que j'ai faites sur moi-même, tantôt en prenant le tartre stibié, comme remède, pour combattre des congestions pulmonaires, des catarrhes, et une menace de tuberculisation ; tantôt comme agent de confrontation avec la digitale, avec l'huile de foie de morue, avec le seigle ergoté, etc., j'ai pu en ressentir aussi des effets analogues et avantageux. — Mais quelques praticiens font remarquer que l'usage longtemps continué de tous les émétiques n'est pas d'une bien grande utilité ; comme il serait nécessaire que cela fût dans le traitement long et pénible de la phthisie. C'est là, sans doute, un inconvénient fondé qui nous a bien souvent obligé, dès le principe, ou au milieu de la cure, d'en suspendre l'usage et de recourir à d'autres médicaments. Reid qui, pendant plusieurs années, suivit cette méthode, n'employait, comme nous l'avons dit, que

(1). *Annales de chimie*, novembre, 1846.

(2) *Demarquay* et *Duméril*, fils, dans leurs expériences sur l'action des médicaments (*Thèses de Paris*; 1847), ont reconnu que l'émétique est un des agents qui abaissent promptement la température vitale, laquelle étant presque toujours, chez les phthisiques, excessive, destructrice ou, comme disent les chimistes, comburante de l'organisme, parce que le calorique ne se dégage qu'en vertu de l'action de l'oxygène sur les tissus, il est évident qu'un agent qui a la faculté d'empêcher une semblable combustion, sert au moins à prolonger l'existence.

l'ipécacuanha qui, eu égard à l'usage prolongé qu'il en faisait, ne nous semble pas exercer une action dynamique suffisante pour dompter une si grave affection. — Quant à la méthode de donner l'émétique tous les trois ou quatre jours, ou une ou deux fois par semaine, à l'exemple de *Morton*, de *Simmons*, de *Marriat*, de *Carswell*, nous ferons observer qu'en agissant ainsi, à cause de la longueur des intervalles, on n'aura plus qu'un agent insuffisant, capable seulement de s'opposer, d'une manière interrompue, à la tendance dangereuse, incessante et destructrice de l'affection tuberculeuse.— Mais, quelle que soit la confiance que nous ayons dans ce médicament, nous ne pouvons nous dispenser de représenter aux médecins que, dans la phthisie, le canal intestinal se trouvant souvent affecté de tubercules et d'ulcères tuberculeux, et la diarrhée étant un symptôme fréquent et presqu'habituel dans cette maladie, on ne peut ni toujours, ni impunément recourir au tartre stibié, ni, à plus forte raison, en continuer longtemps l'administration ; en sorte que nous pensons qu'on doit apporter une restriction à la pratique du docteur *Witt*, de Bedfort (publiée par *Clark*), qui disait ouvertement : « dans ces sept dernières années, j'ai eu à traiter, dans notre infirmerie, un grand nombre de cas d'affections pulmonaires, et quand la terminaison en a été heureuse, j'ai surtout attribué ce succès à l'usage sans borne et persévérant des émétiques. »

DE LA DIGITALE POURPRÉE.

La digitale pourprée est aussi un des médicaments les plus vantés et les plus désapprouvés dans le traitement de la phthisie pulmonaire. Mettant de côté beaucoup des opinions admises sur la manière d'agir de ce végétal, il conste qu'il a été regardé, par la majeure partie des médecins, comme un sédatif direct de la fréquence et de l'énergie de la circulation. Parmi les médecins qui lui prodiguent des éloges, on compte *Darwin*, *Feriar*, *Moosman*, *Mac-Lean*, *Fowler*, *Douglas*, *Brake*, *Beddoes*, et *Starr*, puis *Kinglake*, *Neumann*, *Thomas*, *Sigerbundi*. *Mouton*, *Mansbroug*, *Magennis* et d'autres ; pour ne pas citer un grand nombre d'italiens qui l'ont beaucoup recommandé dans la tuberculisation.

Le docteur *Bayle*, neveu (1), a présenté le résultat général du traitement par la digitale, obtenu par *Magennis* dans l'hôpital de Plymouth, d'après lequel il apert que, sur soixante-douze malades phthisiques, il en guérit quinze dans le premier degré de la ma-

(1) Mémoire sur la digitale employée dans la phthisie.

ladie, et vingt-cinq dans le troisième ; et que vingt-deux, dans divers degrés, en éprouvèrent du soulagement. Mais, depuis, aucun praticien n'a pu être aussi heureux. — Le même médecin invoque en outre le témoignage de son oncle, auteur d'un traité sur la phthisie, lequel assure que la digitale, dont il augmentait progressivement la dose, dans certains cas, jusqu'à la porter à quarante grains par jour, lui a paru produire de très bons effets, notamment chez les sujets très irritables, dont le pouls offrait beaucoup de fréquence. En somme, il a rassemblé dans ce mémoire 151 faits empruntés à *Sanders*, à *Fowler*, à *Beddoes*, à *Drake*, etc., qui donnent pour résultat : 83 guérisons ; 35 améliorations passagères ou durables et 33 sans aucun avantage. — Encore qu'on voulût supposer que beaucoup de ces cas consistassent en simples affections catarrhales, il resterait toujours, suivant lui, un nombre assez considérable de guérisons qui mériteraient de fixer l'attention des médecins. Cependant, eu égard à l'habitude de la plupart des auteurs de taire leurs insuccès, on ne doit pas conclure, du chiffre de 83 guérisons sur 150 cas, que la digitale peut guérir la moitié des malades ; mais il pense qu'on ne peut se refuser d'admettre que sur un nombre indéterminé, beaucoup d'entre eux se rétablirent. — *Bayle* dit que si l'on doit rejeter comme faux les 83 faits de guérison précités, nous devrions regarder comme imposteurs les médecins qui les ont recueillis, tous connus d'une manière très honorable ; étant d'ailleurs inadmissible qu'ils se soient trompés sur le diagnostic de la maladie.

De tous les auteurs que nous venons de citer, le docteur *Lean*, qui l'a le plus expérimentée, expose ainsi les avantages qu'il en a obtenus : *Ce remède guérira la maladie dans les cas où les moyens thérapeutiques les plus préconisés manquent leur effet. Alors qu'il n'est pas suffisant par lui-même pour dompter la maladie, il est cependant un remède plus avantageux qu'aucun autre. Il a toujours répondu à mon attente, pour alléger les souffrances du malade ; et dans le cas où il n'a pas réussi complétement, il a du moins prolongé la vie et a rendu les derniers moments moins amers.* — Ce sage médecin s'approchait des idées des italiens, quand il attribuait à la digitale la faculté, non-seulement de corriger la condition morbide de toute l'économie, que les italiens appellent diathèse, moins encore celle de refréner l'ensemble des phénomènes morbides qui en dérivent. *Les effets de la digitale*, disait-il, *doivent principalement s'attribuer à cette propriété, lorsqu'on l'administre dans une maladie aussi redoutable que la phthisie. Si elle exerce fréquemment une semblable action sur le cœur, au point d'en réduire les contractions de 120 à 140 par minute, à 50 dans le même*

temps ; si elle allège ordinairement la toux, l'agitation des poumons et de tous les autres organes, d'une manière extraordinaire, les avantages consécutifs en seront incalculables. — Les vaisseaux du poumon seront mis en état de sécréter doucement des fluides sains ; chaque organe accomplira ses fonctions sans trouble et, de cette façon, l'harmonie, qui constitue la santé, sera rétablie dans toute l'économie.

Avant lui *Beddoes* avait déjà signalé l'action sédative de la digitale sur la toux et l'expectoration. *Les malades qui prennent ce précieux médicament*, dit cet auteur, *éprouvent tout à coup un certain calme bienfaisant; les crachats, d'abord abondants et purulents, deviennent plus rares et tout à fait muqueux ; la toux diminue par degrés, et ne tardent pas à disparaître ces symptômes épouvantables qui auraient bientôt emporté les patients.* Il affirme, en outre, que le plus souvent, quand il avait acquis toute la certitude possible de l'existence de tubercules, la digitale, dans trois cas sur cinq, produisait des effets très avantageux.

Thomas donne également beaucoup d'éloges à la digitale (*Loc. cit. pag.* 41) ; quoiqu'il pense que : *les auteurs prénommés aient placé trop de confiance dans ce médicament, qu'ils regardent comme le spécifique de la phthisie, s'il est permis de se servir du mot spécifique... Jusqu'à ce que*, ajoute-t-il, *on n'aura pas déterminé que la digitale donnée isolément, ou associée à d'autres remèdes, a également guéri cette maladie et qu'elle produit sur le corps humain des effets différents de tous les agents thérapeutiques de la même espèce, nous ne serons point autorisé à la considérer sous un aspect si favorable. Et quelle que soit l'opinion que l'on ait conçue relativement à son efficacité, il est certain que son succès est en raison de la promptitude avec laquelle on l'emploie; aussi dans tous les cas, et quand la maladie éclate chez des sujets doués d'une complexion étique, ou que les symptômes la manifestent, on doit y recourir sans délai. — Nous donnons la préférence à la teinture saturée, à l'exemple du docteur Lean, vu que cette préparation est la meilleure.*

D'un autre côté, le professeur *Hosak* de Columbia a préconisé outre mesure la digitale dans le premier degré d'inflammation des phthisies commençantes, surtout quand elles sont précédées d'hémoptysie : cas dans lequel il l'a vue dissiper les symptômes les plus formidables de l'état phlegmasique. Mais, suivant lui, à maladie avancée, et lorsqu'on en continue l'usage pendant longtemps, la digitale ôte les forces et l'appétit au malade, et augmente, sous tous les rapports, la violence de la maladie. — Cela indique que son emploi prolongé, comme l'avaient déjà noté le professeur *Delchiappa* et d'autres médecins, peut occasionner des dérangements

d'estomac, par son action mécanique sur ce viscère, d'autant plus que pour obtenir une action physiologique constante et durable, on est obligé d'en accroître graduellement la dose. — C'est pourquoi *Delchiappa*, et d'autres cliniciens italiens, préfèrent aujourd'hui d'alterner cette substance avec les agents thérapeutiques qui exercent une action semblable, comme le seigle ergoté, etc.; ou bien d'y substituer cette dernière substance. — *Rasori*, vraiment, dans son magnifique mémoire sur la digitale, fait remarquer que, chez quelques individus, cette plante donne lieu à des phénomènes sympathiques, sans modifier le pouls et, partant, sans produire les effets qui lui sont propres et pour lesquels on l'administre. Voici comment il s'exprime à ce sujet : « Je rappelerai « finalement que dans certains cas la digitale ayant occasionné un « grave dérangement de l'estomac, de la nausée, et même un « malaise universel, ne donna aucun signe de son action sur le « pouls. »

Je ne parle pas du docteur *Saunders*, ni d'autres médecins lesquels voudraient faire croire que la digitale est un puissant stimulant qui augmente la force et la fréquence du pouls, etc.; parce que les italiens, mieux que tous autres, initiés dans l'étude de la matière médicale, connaissent suffisamment les travaux de *Brera*, de *Fanzago*, de *Tommasini*, de *Giacomini*, etc., qui ont établi et précisé l'incontestable action déprimante de la digitale.

Moyennant les nombreuses observations que j'ai faites avec la digitale dans la phthisie pulmonaire, en la donnant soit seule, soit associée avec la quinine ou le seigle ergoté, j'ai confirmé ce qu'en dit le professeur *Sachero* dans ses *Comptes-rendus de clinique*, où il s'exprime ainsi : « Je m'en suis servi et je m'en sers utilement, « quand il existe une surexcitation cardio-vasculaire très prononcée; « quand la fièvre est fort développée et violente ; quand, en somme, « il y a une complication cardio-vasculaire. » Cet habile professeur de clinique relate deux cas (*observ.* 42 *e* 43 *del* 1838), d'affection tuberculeuse passée à la suppuration dans lesquels la digitale eut la plus grande part à la guérison. Le premier de ces cas est celui de Thérèse Chiaperi, atteinte de dyspnée, de toux et de fièvre depuis plusieurs mois, avec des signes stéthoscopiques évidents d'excavation tuberculeuse dans la région sous-claviculaire, laquelle à la suite de quelques saignées et pendant qu'on lui en pratiquait d'autres, fut soumise à l'usage de l'infusion de digitale; elle en éprouva un grand soulagement, ainsi que l'auteur le témoigne par ces paroles : « Dans les derniers jours, l'auscultation locale ne fai- « sait plus entendre le son caverneux ; d'où l'on conjectura que « l'excavation tuberculeuse s'était cicatrisée et que la phlogose pul-

« monaire était tout à fait dissipée. » *Clark* pense aussi : « que la « digitale est indubitablement un médicament d'une grande va- « leur pour abattre l'excitement fébrile et pour régulariser l'ac- « tion du cœur. » — Pour moi, je ne puis m'empêcher de convenir, avec *Delchiappa* et avec plusieurs autres, que son administration longtemps continuée et maintenue, comme la nature de la maladie tuberculeuse le requiert pour obtenir des effets bienfaisants durables, produit le plus souvent des irritations gastro-intestinales, des inappétences dangereuses et des diarrhées funestes. — D'après cela, nous pensons, tout en la recommandant beaucoup dans la complication d'exaltation vasculaire, qu'on peut y substituer, dans la même vue, d'autres agents thérapeutiques moins *irritants* ; ou du moins que la prudence suggère de la joindre à la quinine ou au seigle ergoté, suivant les circonstances, à l'imitation du professeur *Sachero*.

Dans le but d'éviter *l'action mécanique irritante* de la poudre ou des infusions de digitale, je me sers, depuis quelques années, de la digitaline, dont l'effet cependant est tantôt très puissant et tantôt faible, selon la préparation employée, et rend quelquefois le clinicien incertain sur les doses à administrer, à tel point qu'il m'est arrivé de voir des effets surprenants, presqu'excessifs, d'abattement et de prostration cardiaco-vasculaire, succéder à l'ingestion d'un cinquième de grain de ce principe extractif ; tandis que je m'apercevais quelquefois que d'autres préparations n'avaient pas la même activité. — Du reste, le docteur *Hervieux*, dans son *mémoire sur la digitaline* (1), ayant expérimenté cette substance chez deux phthisiques, a observé ses effets physiologiques, c'est-à-dire l'abaissement du pouls et l'augmentation de la sécrétion pulmonaire ; et, en outre, a obtenu un amendement de quelques symptômes et de plusieurs complications ; la respiration était devenue moins difficultueuse ; la céphalée moins fréquente et moins intense ; les accès de toux moins laborieux et l'insomnie moins longue. La raison de ces résultats doit être rapportée aux principes que nous avons exposés précédemment ; c'est-à-dire que le premier effet de l'affaiblissement des mouvements du cœur est de modifier le cours du sang vers le poumon, de telle manière que, dans un temps donné, le poumon est traversé par une moindre quantité de sang ; et que le travail de l'hématose et le besoin de respirer viennent en même temps à se ralentir.

(1) *Archives de méd.*, avril et mai 1848.

IODE, IODURE DE FER ET IODURE DE POTASSIUM.

L'iode quoiqu'employé davantage contre les affections scrofuleuses externes que dans la tuberculisation, a obtenu cependant contre celle-ci des succès ; on a vu même, dans la cachexie tuberculeuse, cet agent thérapeutique exciter l'activité des fonctions *éliminatrices* et parfois, selon quelques-uns, la transpiration insensible. Il est certain que, d'après le témoignage de *Baudeloque*, de *Lugol* et de plusieurs autres praticiens, sous l'influence de l'iode, le malade reprend des chairs, des forces et de la couleur ; les engorgements glandulaires disparaissent ou diminuent considérablement, les ulcères scrofuleux guérissent, les gonflements des articulations deviennent moindres, et, en conséquence de ces effets bienfaisants, la condition de l'économie, dans les constitutions strumeuses, s'améliore d'une manière très prononcée. — Beaucoup de doutes s'étaient élevés sur les bons effets de cette substance, à cause des irritations, des congestions gastriques et des troubles consensuels nerveux qui succèdent quelquefois à son administration intempestive et imprudente. — Mais l'expérience de plusieurs médecins italiens a constaté par des faits multipliés que quand ce précieux médicament est bien indiqué, il peut se donner, même à de fortes doses pourvu que celles-ci soient graduellement augmentées, sans qu'il s'ensuive de graves incommodités. Cela nous enseigne que les organes digestifs doivent être libres de toute irritation ou de toute congestion, avant de procéder à l'administration de l'iode. D'un autre côté, comme on a aussi avancé beaucoup de contradictions et d'exagérations en sens contraire, qui tiennent divisés les praticiens sur son usage, nous allons examiner leurs principales opinions, afin de pouvoir déduire de celles-ci et des faits qui nous sont propres, les conséquences les plus sages et les plus adaptées à la pratique.

Le professeur *Brera* dans son *Prospectus clinique* de l'année 1820, parmi les différents états morbides dans lesquels il fit usage, avec beaucoup de succès, de cette substance, mentionnait aussi la disposition à la phthisie pulmonaire. — Le docteur *Fontana* (1) rapporte une observation qui prouve l'efficacité de l'hydriodate de potasse dans la phthisie pituiteuse. Dans cette observation il s'agissait d'un paysan atteint de toux, avec expectoration purulente, fièvre, etc., qui fut guéri au moyen de quelques émissions sanguines et de l'usage de l'hydriodate de potasse continué pendant longtemps. Dans le courant de la même année (2), le docteur

(1) *Repert. medico-chir.* 1824.
(2) *Revue médicale*, 1824.

Gairdner publia un mémoire intéressant sur les effets de l'iode dans la phthisie pulmonaire. Le docteur *Baron*, de Londres, et le chirurgien *Cooper*, de Staunton, obtinrent également des succès avec l'iode.—Le docteur *Defermon*, cité par *Magendie*, en retira aussi de l'avantage chez un jeune phthisique. — Les docteurs *Guersent* et *Blache*, croient également que la tuberculisation est susceptible d'éprouver des modifications importantes sous l'influence de la médication iodique.

L'américain *Morton* (1) ayant employé l'iode, surtout dans la phthisie commençante, est porté à croire qu'il arrête et suspend la sécrétion tuberculeuse, et avec elle la fièvre hectique, le marasme, la toux, la dyspnée et les autres symptômes les plus violents. Il a reconnu que quelquefois il ne produisait aucun effet, soit en mieux, soit en pis. — Cependant, dans la plupart des cas, il a souvent vu, pendant la seconde période de la maladie, que la dyspnée diminuait et que la complexion, ainsi que les fonctions nutritives s'amélioraient, en sorte que le malade acquérait de l'embonpoint.—Mais, dans l'état avancé de la maladie, on ne parvenait qu'à suspendre ou retarder sa terminaison funeste. Son mode de prescription consiste dans une solution de trois grains d'iode et de six grains d'hydriodate de potasse dans une once d'eau distillée, dont on doit donner trois à cinq gouttes, trois fois par jour.— *Clark* nous informe (*op. cit.* p. 258) que le résultat des expérimentations faites avec l'iode en Angleterre ne correspond pas à celui du docteur *Morton*, puisque les effets qu'en a obtenus le docteur *Bardsley* sont bien différents : *Dans quinze exemples bien évidents de phthisie commençante*, dit ce médecin, *j'ai employé ce remède, en observant ses effets avec la plus grande attention ; dans cinq cas, il a paru d'abord arrêter la marche de la maladie ; mais l'amélioration a été passagère ; les tubercules ont passé, lentement à la vérité, mais progressivement par leurs diverses phases, et la mort a été la conséquence de la grande désorganisation qui s'était formée dans les poumons.*

Le professeur *Piorry* a aussi entrepris des expériences avec l'iodure de potassium chez plusieurs malades atteints de phthisie, tant dans son hôpital, que dans sa pratique civile. Il conclut de ces faits que ce médicament, administré dans des circonstances opportunes, non-seulement n'est pas dangereux, mais encore jouit d'une efficacité constatée dans la tuberculisation commençante, et même dans les degrés les plus avancés de la maladie. Le docteur *Murray* (*Archives de méd.*, 1831), assure avoir fait usage des va-

(1) *Illustrations of pulmonary consumption.* Philadelphia; 1834.

peurs d'iode, même dans des cas désespérés et en avoir obtenu une diminution de la toux, une expectoration plus facile, un sommeil meilleur; en somme, un amendement passager des symptômes, qui cependant ne s'est pas toujours confirmé ultérieurement, puisqu'il y a succédé parfois, dans d'autres cas, une irritation des voies aériennes avec exacerbation de toux et de dyspnée. Le docteur *Mayer* (*loc. cit.*) dit avoir été témoin de quelques résultats évidents obtenus au moyen de cet agent modificateur. *Sous son influence*, ajoute-t-il, *des phthisies bien manifestes ont été enrayées, et la constitution des patients, tombée dans un état de dépérissement considérable, s'est quelquefois rétablie d'une manière sensible. D'où il conclut qu'on ne doit pas négliger ce moyen, dont les effets avantageux seront d'autant plus certains qu'on y aura recours à une époque de la maladie plus voisine du début.*

Enfin le docteur *Gola* (*Gaz. medica cit.*), dans la persuasion qu'il y a deux seuls médicaments auxquels on peut avec confiance appuyer la cure de la maladie dont il s'agit, nomme l'iode l'un de ces médicaments (l'autre est le calomel). Il croit que son usage est indiqué dans tous les cas de tuberculisation à l'état de crudité, non compliqués d'irritations gastro-intestinales, qui est une circonstance de contre-indication. En preuve de son opinion, il cite le cas d'un jeune maître de danse, qui maigrissait sans cause connue, et fut ensuite atteint de toux avec affaiblissement de la voix. L'examen diagnostique révéla la tuberculisation des deux lobes supérieurs des poumons. Le malade fut soumis à l'usage de l'iode pendant plus d'un mois et en obtint un très grand avantage ainsi qu'il conste des paroles suivantes du docteur *Gola : La voix reprit son timbre normal; la toux cessa et le malade récupéra son embonpoint primitif.* Au bout de quatre ans, ce médecin eut occasion de revoir le patient, qui se trouvait dans un état apparent de bien-être ; et alors ayant de nouveau exploré sa poitrine, il reconnut les signes d'une importante modification survenue dans les tubercules, telle à les rendre incapables de continuer leur progrès.

Nous avons à mentionner un seul fait relatif à l'usage de la solution de *Morton* administrée à doses croissantes, cinq à six fois par jour. — *Félix Barberis*, couché au n° 57, dans mon hôpital, homme d'un tempérament sanguin, d'une constitution moyenne après avoir commis des excès dans les plaisirs de la vie qui ruinèrent sa fortune et sa santé et le réduisirent à des privations et à la misère, commença à languir et à se trouver mal à son aise. Puis, il se déclara une petite toux incommode, sèche, accompagnée des symptômes ordinaires de tuberculisation, auxquels le

malade ne songea pas à porter remède jusqu'à ce que, plongé, dans un état de marasme et miné par la fièvre, i se décida à venir, trop tardivement, implorer les secours de l'art. Dès le jour de son entrée à l'hôpital, le 13 juillet 1843, un râle caverneux et une pertoriloquie bien distincte dans la région sus-épineuse du côté droit, annonçaient que l'affection était arrivée à sa dernière période. Dans le principe du traitement, on pratiqua d'abord quatre saignées et aussitôt après on prescrivit la solution iodatée. Je ne doute nullement que ce remède n'ait contribué à maintenir et à prolonger l'amélioration qui avait succédé à la phlébotomie. Pendant plus de quarante jours la maladie affecta une marche plus favorable ; la fièvre allait en diminuant ; ce qu'il y avait de plus remarquable c'était que les sueurs nocturnes, auparavant si abondantes et si débilitantes, avaient considérablement diminué et ne se montraient plus que le matin. Néanmoins, vers la fin d'août, les symptômes fébriles et ceux qui dépendaient de la phlogose pulmonaire et de la tuberculisation s'étant exacerbés, on eut de nouveau recours à quelques saignées qui ne procurèrent qu'un soulagement momentané. On revint ensuite à l'usage de la solution iodurée qui, cette fois, ne produisit aucun effet avantageux. La diarrhée qui durait depuis quinze jours devint plus abondante et le malade expira le 14 septembre. A l'ouverture du cadavre, on rencontra trois cavernes dans le lobe supérieur du poumon gauche. Celui du côté droit était complétement farci, dans ses deux lobes, moyen et supérieur, de nombreux tubercules miliaires, dont quelques-uns se trouvaient ramollis.

Ainsi donc, non d'après ce fait seulement, mais d'après l'ensemble des observations et des résultats obtenus et recueillis par beaucoup de praticiens, nous croyons devoir conclure avec *Clark* : « Que dans la première période de la tuberculisation pulmo-« naire, alors que la collection morbide est limitée, il est pro-« bable que l'iode et ses sels peuvent être fort utiles. »

PROTO-IODURE DE FER.

Le docteur *Dupasquier*, de Lyon, a introduit cette substance dans la pratique médicale et l'a essayée dans le traitement de la tuberculisation dès 1835. Suivant lui, le proto-iodure de fer diminue et tend à supprimer la suppuration des parois ulcéreuses des cavernes. De cette manière la cicatrisation peut s'effectuer, et si l'on a affaire à une seule caverne, ou à peu de cavernes, la guérison peut être définitive, si après la cicatrisation de ces excavations, il existe encore des tubercules non ramollis, l'action

absorbante de ce médicament peut en favoriser l'absorption, et même, dans ce cas, il peut arriver que la guérison radicale ait lieu. Mais dans le cas où les foyers de suppuration soient en grand nombre, la nature se trouvant impuissante à organiser beaucoup de cicatrices, le malade doit succomber. En définitive, le proto-iodure de fer, selon l'auteur précité, exerce une action énergique sur l'organe pulmonaire et produit une amélioration notable, qu'on ne pourrait guère espérer d'obtenir des autres remèdes employés jusqu'à présent. Mais en quoi consiste cette action ? — Monsieur *Dupasquier* répond que l'iodine exerce une action très puissante sur l'organe pulmonaire, et rien de plus. Quant à ses autres paroles : « Amélioration qu'on ne pourrait attendre d'aucun autre « remède employé contre cette maladie ; » je doute, qu'avec la connaissance limitée sur l'action des remèdes, qui est propre à l'école française, *Dupasquier* ait pu instituer des observations comparatives pour pouvoir conclure, comme il le fait, en faveur de son médicament. En effet, *Louis* atteste que, ayant administré l'iodure de fer à plus de soixante phthisiques à divers degrés, il ne s'ensuivit aucun avantage qu'on pût attribuer à ce nouvel agent.

Cela n'empêche pas que ce sel ne soit utile dans plusieurs affections, spécialement dans les chloroses et dans les engorgements glandulaires, comme il conste de mes observations particulières et de celles du docteur *Siro Pirondi* (*Annal. univ. di med. giugno*; 1846), pourvu que bien pénétré de sa véritable puissance et activité, nous ne voulions prétendre plus que son action lente et insensible peut promettre. — Le docteur *Pirondi*, ayant essayé ce remède chez quarante-huit malades atteints d'engorgements glandulaires, d'affections chroniques des os, de chlorose, d'aménorrhée et de phthisie pulmonaire, a obtenu peu de modification avantageuse par rapport à la condition morbide des os, et des succès plus nombreux dans la chlorose et dans l'aménorrhée. En ce qui concerne la phthisie, bien que cette substance n'ait pas opéré de miracles, cependant elle a produit des effets bienfaisants chez tous ceux qui en ont fait usage. Ainsi, dans huit cas, elle a diminué la toux, a ralenti d'une manière notable les pulsations du pouls et a fait tarir presque complétement les sueurs. Le docteur *Pirondi* ajoute même : « Que chez une jeune femme, âgée de 28 « ans, on a conçu quelqu'espoir d'obtenir la cicatrisation de deux « cavernes. »

Depuis deux ans j'emploie continuellement, à titre d'essai, le proto-iodure de fer, tant dans la pratique civile que dans mon hôpital contre les angioïtes lentes, dans les scrofules et spéciale-

ment dans les tubercules pulmonaires et mésentériques. Ne pouvant relater ici les vingt-et-une observations que j'ai recueillies sur cet objet, j'en mentionnerai seulement quelques-unes des plus remarquables, après avoir préalablement déclaré que c'est dans les lentes angioïtes et dans l'aménorrhée que j'ai vu le mieux réussir le proto-iodure de fer.

Une petite fille de 9 ans, couchée au N° 29 bis, avait depuis quinze mois le ventre enflé ; une petite toux sèche; le corps émacié ; la stature peu élevée proportionnellement à l'âge ; la poitrine étroite ; la face d'un jaune terne et décharnée. A l'exploration, on reconnut que le mésentère présentait des petites tumeurs arrondies grosses comme des noisettes, et que, dans la région sous-claviculaire, le murmure respiratoire était peu distinct, avec un souffle expiratoire, dûr, âpre et prolongé, et un peu de matité à la percussion dans la même région du thorax. En outre, il existait un peu de diarrhée et vers le soir il se manifestait une petite fièvre précédée de frissons et accompagnée de sécheresse et de chaleur de la peau, d'aridité de la langue. Il me sembla voir ici l'indication d'administrer le proto-iodure de fer, et partant je prescrivis ce sel, préparé depuis peu, en commençant par six grains dans trois onces d'un mucilage gommeux. Au bout de vingt jours, il survint un léger amendement dans tous les symptômes. Alors conjointement à l'usage du proto-iodure, je fis pratiquer sur le bas-ventre des onctions avec la pommade d'idriodate de potasse ioduré. Au moyen de cette médication, continuée encore pendant un mois, en augmentant par degré la dose du proto-iodure, jusqu'à la porter à quinze grains par jour, l'amélioration devint très prononcée. On pouvait dire que l'engorgement abdominal et la tuméfaction du bas-ventre s'étaient dissipés; la toux avait cessé; les mouvements respiratoires, qui offraient auparavant un peu plus de fréquence (30), étaient réduits à 25 ; et le souffle expiratoire, qui était âpre et prolongé, ne s'entendait presque plus, ou rarement, et toujours à un faible degré. Enfin la constitution de la malade s'était également amendée et la guérison n'exigeait plus, pour être accomplie, que l'application des moyens hygiéniques opportuns, l'exercice et l'air de la campagne qui, à cet âge, exercent une puissance si bienfaisante sur la santé.

Mais les avantages si évidents que, en semblables circonstances, j'ai obtenus chez plusieurs autres enfants des deux sexes, ne se sont pas en général réalisés chez les adultes. En effet, quoiqu'on ne puisse nier que, dans le traitement de la phthisie pulmonaire le remède dont il est question ne puisse produire de bons effets, il agit trop lentement et trop doucement pour pouvoir réussir à

arrêter le cours d'une maladie qui marche d'une manière si ruineuse, ainsi que cela est arrivé dans le cas que nous allons rapporter : Caire (Jean), musicien ambulant, âgé de 28ans, d'une constitution lymphatico-sanguine, né de parents robustes, entra à l'hôpital le 15 mars 1847. Il était déjà alors atteint, depuis cinq mois, de douleurs, qui correspondaient aux premières côtes gauches ; d'une toux rebelle, d'abord sèche, puis humide et salivaire, accompagnée ensuite de crachats sanguinolents. A ces symptômes succéda une fièvre étique avec émaciation, sueurs nocturnes expectoration mucoso-purulente de plus en plus copieuse. Après avoir fait pratiquer trois saignées du bras, l'exploration de la poitrine fit reconnaître un son tout à fait mat dans la région sous-claviculaire gauche, et un râle caverneux avec gargouillement et pectoriloquie dans la région sus-scapulaire du même côté. On commença, le 18, à administrer tous les jours le proto-iodure de fer sous la forme sus-indiquée ; d'abord à la dose de dix grains, qu'on augmenta chaque jour de quelques grains jusqu'à ce qu'on fût arrivé à un scrupule. Au bout de huit jours, il s'était manifesté une légère amélioration dans tous les symptômes, surtout dans les crachats, devenus moins abondants, plus épais et d'un aspect muqueux. Le pouls s'était un peu ralenti et les sueurs étaient diminuées. Malgré tout cela, quinze jours après, la maladie avait presque repris la marche qu'elle présentait auparavant, à tel point que, un mois plus tard, la fièvre étant devenue plus violente, l'expectoration plus copieuse, la poitrine plus aggravée et le médicament incommode, indigeste, intolérable, je crus devoir y substituer l'extrait résineux de seigle ergoté, à la dose de cinq grains que, delà à quelques jours, je portai jusqu'à sept grains dans les 24 heures. Les effets que produisit ce puissant remède, furent très prononcés et très évidents. Le pouls devint aussitôt faible, déprimé, et moins fréquent ; l'expectoration diminua un peu ; et la fièvre de consomption offrait des redoublements fébriles vespertins moins intenses. Néanmoins, cet avantage fut encore passager, à cause de la grave lésion dont était atteinte une bonne moitié de poumon gauche, envahi par une vaste et profonde caverne que la nécroscopie mit en évidence. — Caire mourut le 29 avril, et à l'ouverture du corps on trouva, outre l'excavation précitée, une petite caverne qui pouvait contenir une noix, et de nombreux tubercules miliaires, dans le poumon droit, lequel était engorgé, peu crépitant et présentait un poids anormal.

Le même sort échut à Favella (Marie) qui présentait tous les symptômes et les signes physiques d'une excavation tuberculeuse creusée dans le lobe supérieur du poumon droit et d'une tubercu-

lisation du poumon gauche. Pendant plus d'un mois elle fit usage de l'iodure de fer qui ne produisit qu'une suspension apparente de la maladie.

Je conclus de ces faits, presqu'en tout conformes, quant à leurs résultats, à ceux relatés par le docteur *Pirondi*, que : 1° le proto-iodure de fer correspond moins que toute autre préparation d'iode au but et aux indications dans lesquelles l'expérience l'a fait adopter ; 2° son action est précieuse et plus efficace chez les enfants que chez les adultes, dans les angioïtes lentes, dans la cachexie tuberculeuse ou dans la tuberculisation commençante, lente et peu étendue ; tandis que, quand par le progrès et l'extension considérables de la maladie, l'affection vient à sévir avec plus d'intensité et à s'accompagner de symptômes fébriles plus prononcés, la lente action de cette substance médicamenteuse est insuffisante à satisfaire aux indications urgentes et importantes que requiert la nature promptement destructive du travail morbide ; 3° par son action dynamique faiblement *déprimante* et par l'influence qu'elle exerce sur l'hématose, et qu'on n'obtient qu'en en continuant l'administration pendant longtemps, il convient d'en faire préférablement usage dans les affections scrofuleuses, dans l'aménorrhée ou dans la cachexie tuberculeuse même.

HUILE DE FOIE DE MORUE.

Pendant un temps immémorial, le peuple empirique faisait usage de l'huile de foie de morue (1), (*oleum jecoris aselli*), en Suèwe, en Norvège, sur les côtes de la Baltique, en Allemagne, en Hollande et dans la Grande-Bretagne. De plus, ce remède populaire avait été employé contre les douleurs chroniques, contre les rhumatismes, contre le rachitisme et contre la scrofule.

Michaëlis et *Percival* furent les premiers qui en parlèrent dans leurs ouvrages en 1777. Ce dernier disait que, ayant expérimenté cette huile, il avait reconnu qu'elle calme les douleurs, qu'elle favorise la diaphorèse et facilite l'excrétion des urines et des fèces, c'est-à-dire qu'elle produit une crise au moyen de sueurs, d'urines troubles, chargées, et d'abondantes évacuations alvines. — Long-

(1) Maintenant toutes les huiles extraites des diverses espèces de poissons du genre *Gadus*, sont regardées comme efficaces dans le traitement de la scrofule, du rachitisme, de l'ophtalmie scrofuleuse, etc. A Hambourg, en Belgique et en Hollande, on emploie alternativement, depuis quelque temps, l'huile de *Gadus molva* et de raie. En Italie, on fait communément usage de celle de *Molva*. (*Manuel des remèdes nouveaux* ; par *Ruspini*).

temps après eux, *Giovanni, Antonio Marino*, médecin de Savigliano, (1), a été cité avec éloge par *Bureaud-Rioffrey*, pour avoir publié, sur l'efficacité de cette huile, un mémoire que *Malacarne*, avait fait insérer dans le troisième tome des mémoires physico-mathématiques de la société italienne, comme une preuve patente que les italiens savent tirer parti et se pourvoir, même chez les autres nations, de tout ce qui peut être utile à la science et à l'humanité. Mais, pour dire le vrai, le docteur *Marino* parle seulement, dans son mémoire de l'huile d'olive dans l'arthrite rhumatismale vague, en rapportant plusieurs faits qui constatent son usage avantageux dans le rhumatisme articulaire, ainsi que des expériences et des analyses de *Poiri*, tendantes à démontrer qu'il existe une analogie d'action et de composition entre l'huile d'olive et l'huile animale, analogie qui est aussi confirmée par les expériences récentes de *Gluge* et de *Thiernesse*, dont il sera question plus loin. A peu près dans le même temps (2) *Darbey* annonçait en 1789, que le docteur *Kay*, médecin de l'hôpital de Manchester, l'administrait avec succès dans les maladies rhumatismales, et *Bardsley* nous apprend que ce médicament a conservé dans l'hôpital une réputation sans égale, au point que dans le cours de 30 ans, on en a consommé annuellement 50 à 60 gallons (3).

Sœmmering et *Hein* (4), ont aussi signalé, dans leurs ouvrages sur les maladies des lymphatiques, l'action de ce médicament sur le système de ces vaisseaux, et on a publié, dans le même temps, quelques thèses touchant son emploi dans le rachitisme, maladie contre laquelle les Hollandais en faisaient déjà usage avec beaucoup de confiance, comme un remède domestique, qu'ils connaissaient sous le nom de *Lever traan*. — Ensuite *Schenck* de Siegen (1822) et le journal de *Hufeland* ont donné la description de plusieurs cas de rhumatisme et de rachitisme complétement guéris au moyen de l'huile de foie de morue. *Schenck* écrivait, en février 1839, dans le même journal, avoir traité avec un succès complet deux enfants, dont l'un était atteint de phthisie pulmonaires (5); mais il avertit que ce remède doit être donné avec

(1) Auteur d'une excellente introduction à la réimpression de l'ouvrage de *Salvadori*, dans laquelle sont consignés beaucoup d'exemples de succès obtenus par la méthode de ce médecin et par l'usage des eaux thermales sulfureuses de *Valdieri*, de *Vinadio* et d'*Acqui*.

(2) Voir, le résumé des mémoires du docteur *Bennet*, dans le *Bulletin des sciences méd.* de Bologne; aprile 1846.

(3) Le *gallon*, correspond à 4 litres 54 c.

(4) Cités par *Bureaud-Rioffrey*, *loc. cit.*, pag. 91.

(5) V. *Gaz. méd. de Paris*, 1837, pag. 460.

une grande persévérance si l'on veut en obtenir quelque succès.

Une monographie bonne et détaillée de cette substance est celle qu'a publiée, en 1835, *Brefeld* de Hamm, qui assure, après l'avoir employée chez plus de mille individus, ne l'avoir jamais vu produire de mauvais effets. En outre, il lui attribue une action restaurante laquelle s'adapte aux organes digestifs d'une manière qui tient du prodige, comme il dit l'avoir constaté dans plusieurs cas très graves d'atrophie mésentérique.

L'huile de foie de morue a aussi été employée et recommandée dans la tuberculisation par *Kokmann*, ensuite par *Richter*, en 1835 (1), lequel assure en avoir fait usage avec succès dans la phthisie tuberculeuse, notamment chez les sujets scrofuleux. Le docteur *Taufflieb* de Barr, a inséré dans la *Gazette médicale de Paris*, en 1837 et 1839, deux mémoires, remplis de faits et qui peuvent inspirer de la confiance dans l'efficacité de ce remède pour combattre diverses espèces de scrofule et même le *tabes mesenterica*. Mais il n'en a pas été de même dans deux cas de phthisie compliquée avec la scrofule; celle-ci ayant été notablement amendée sans que l'affection de poitrine ait cessé de progresser. Delà cet auteur présume que l'huile de foie de morue, administrée dans la première période de la maladie, produirait peut-être ces effets bienfaisants qu'on espérerait envain d'en obtenir dans les périodes des plus avancées.

En 1840, le docteur *Rayé* (2), a publié un mémoire sur la vertu de ce médicament dans les phlegmasies chroniques de l'estomac et des poumons; sur cent-vingt malades, il a obtenu d'heureux résultats dans deux cinquièmes de cas qui avaient résisté à d'autres remèdes. Nous citerons pour exemple la fille Jacob, âgée de 24 ans, atteinte, depuis plus d'un an, de toux, de dyspnée; puis de fièvre étique et d'un amaigrissement épouvantable avec crachats purulents et signes physiques de tubercules ramollis. Ayant été traitée sans succès par beaucoup de médecins, elle fut soumise à l'usage de l'huile de morue, par un sentiment de pure humanité, c'est-à-dire pour ne pas laisser la malade en proie au désespoir. Au bout de quelques mois de traitement, elle jouissait,

(1) Suivant *Dejongh* (*Disquisitio comparativa chimico-medica*, et *Gaz. méd. de Paris*, an. 1847, pag. 846 et 864), ce serait le docteur *Hankel* qui fut le premier à en faire usage dans la tuberculisation et qui, ayant constaté qu'elle est moins efficace dans la tuberculisation pulmonaire confirmée que dans la commençante, tira la conclusion qu'on devrait s'en abstenir dans le premier cas.

(2) *Gaz. cit.* pag. 78. 1840, — et *Annales de la société médicale de Bruges*; tom. I.

d'après l'auteur, d'une bonne santé. — Nous avons précédemment fait mention des éloges prodigués à ce remède par *Scudamore*, *Beherend*, *V. Bennet* et surtout par *Bureaud-Rioffrey*, qui le regarde comme le modificateur thérapeutique curatif, ingrassant et spécifique de la scrofule, du rachitisme, voire même de la phthisie, dans le traitement de laquelle, c'est, suivant lui, le seul remède à proposer. — Le docteur *Pereyra*, en ayant fait usage chez un grand nombre de tuberculeux, s'appuie sur beaucoup d'observations pour prouver son efficacité. De 147 phthisiques, à différents degrés de tuberculisation, traités avec l'huile de foie de morue, 27 sont sortis de l'hôpital dans un état d'amélioration et capables de reprendre leurs occupations habituelles. — Le docteur *Verson*, dans son traité de médecine pratique, cherche aussi à attribuer à la même huile une semblable vertu extraordinaire.— Nous traitâmes, dit cet auteur, avec ce remède, plusieurs jeunes sujets, chez lesquels s'étaient déclarés les symptômes les plus manifestes de la tuberculisation, et les résultats obtenus furent tels que nous nous croyons autorisé à accorder à ce moyen thérapeutique la préférence sur tous les remèdes préconisés dans les mêmes circonstances, tant à cause de la puissance qu'il possède de s'opposer à la formation d'un dépôt ultérieur de la matière morbifique dans la trame des tissus glandulaires, qu'à cause de la vertu qu'il a d'en opérer la résolution, là où elle n'était pas accumulée en grande quantité, et de s'opposer à son ramollissement. Des propriétés si merveilleuses ont naguère causé, avec raison, un étonnement dubitatif chez un journaliste (1), qui, à ce sujet, s'exprime de la manière suivante : « Oh ! si semblable vertu ap-
« partenait réellement à ce dégoûtant remède, nous aurions
« aujourd'hui beaucoup plus de familiarité avec lui, et la con-
« fiance, comme celle qu'on accorde à tant de médicaments à la
« mode, ne serait pas éphémère, mais demeurerait stable et géné-
« rale, comme celle dont jouissent les alcaloïdes du quinquina et
« de l'opium. » — Le docteur *Ubaldo Daveri* (2), a expérimenté l'huile de foie de morue dans l'hôpital de *S. Orsola*, à Bologne. Son observation seconde, relative à une tuberculisation des deux poumons, accompagnée de *spina ventosa*, est remarquable. Chez cet individu, l'huile ayant été continuée pendant plus de cinq semaines, produisit une amélioration des symptômes respiratoires et de l'état morbide des viscères affectés; mais quoique la marche de la maladie eût été ralentie, elle se termina plus tard d'une ma-

(1) Voyez : *Annali universali del calderini*; giugno, 1846.
(2) *Bullet. sc. méd. Bologna*, maggio e giugno, 1846.

nière funeste. — M. le professeur Trousseau (1) raconte que, se trouvant dans son hôpital beaucoup d'enfants rachitiques, chez plusieurs desquels le ramollissement des os était tel qu'on pouvait à volonté faire plier le fémur et l'avant-bras, il les soumit au traitement de l'huile de foie de morue. Les effets qu'il en obtint furent admirables et si prompts dans quelques cas qu'ils semblaient incroyables. — Il résulte, en effet, de l'observation générale de presque tous les cliniciens qui l'ont employée que c'est surtout dans le rachitisme, comme le dit *Kuctner*, que cette huile montre une plus grande efficacité.

Le docteur *Lombard*, en 1845, dans son rapport à la société helvétique de Genève sur les mémoires présentés en réponse aux questions proposées par cette société, relativement aux variétés, aux doses et au mode d'administration de l'huile de morue, et aux avantages de l'emploi à l'extérieur et à l'intérieur de ce remède dans différentes maladies, spécialement dans la fièvre étique, disait que, dans quelques cas exceptionnels, l'état étique de plusieurs malades s'est amélioré ; qu'en général on a eu peu d'occasions de se louer de l'huile dans la phthisie pulmonaire, l'ayant administrée sans succès pendant des semaines entières, et même pendant quelques mois, si ce n'est dans les cas où il y avait complication scrofuleuse, alors il vit s'amender, d'une manière prompte et très notable, les pulmonites tuberculeuses et les suppurations bronchiques, bien qu'au moment où il écrivait il en eût encore deux cas en traitement. Ce respectable clinicien termine par conclure que, vu que la plupart des médecins avec lesquels il est en correspondance le considèrent comme un excellent remède et une substance nutritive supérieure à tous les analeptiques, il lui est difficile de se prononcer sur son mode d'agir et sur sa véritable valeur thérapeutique. La majeure partie des médecins qui en ont parlé, s'en montrant chaleureux partisans, il est naturel, suivant lui, qu'ils lui aient attribué des vertus curatives remarquables ; et en laissant à l'avenir d'en décider plus précisément, il pense quel a seule conclusion générale, à laquelle on peut souscrire dans l'état actuel de nos connaissances thérapeutiques, c'est que cette huile est un médicament efficace et presque jamais nuisible. — Il me répétait et me confirmait les mêmes choses dans son hôpital à Genève, il y a un an. — *Phillips* (2), nous apprend aussi l'avoir employée en grand pendant six ans, mais son opinion sur sa valeur thérapeutique est beaucoup

(1) *Journal de médecine*, novembre 1844.
(2) *Op. cit.*, p. 287.

moins favorable que celle de beaucoup d'autres médecins prémentionnés. Il lui est ordinairement arrivé de voir que ce remède, exigeant pour produire des effets avantageux, d'être continué pendant des mois et des années, poussait à bout ou sa patience, ou celle du malade, ou l'estomac de celui-ci qui répugnait à son ingestion. En effet la saveur de l'huile de foie de morue est fort nauséabonde et comme elle se digère difficilement, il y a peu de malades adultes qui peuvent à la longue s'y accoutumer, tandis que les enfants s'en accomodent plus aisément. Les lapons font un usage habituel de cette huile, qu'ils trouvent délicieuse, et dans la Sethlande quand elle est fraîche, on l'emploie comme une substance alimentaire.

Nous n'en finirons pas, si nous devions mentionner les éloges unanimes que, dans nos voyages, nous en avons entendu faire par la plupart des médecins du Bas-Rhin, de la Hollande ; contrées où l'usage en est fort répandu. Cependant nous ne pouvons passer sous silence les observations du professeur *Knapp* (1) tendantes à apprécier le mode d'agir de l'huile de foie de morue. Dans le but de rechercher si l'huile administrée passe réellement dans la masse des humeurs, ou bien si elle n'est pas en totalité ou en partie éliminée de l'organisme par la voie des intestins, il fit l'expérience suivante : Un homme âgé de 30 ans, d'une constitution plutôt faible que forte, atteint de tuberculisation pulmonaire, fut traité par l'huile de foie de morue. Sa digestion s'exécutait d'une manière normale et n'éprouva aucun dérangement par l'usage du médicament. Il s'abstenait du vin, buvait beaucoup de lait et vaquait à ses occupations habituelles, mentales et corporelles. Dans l'espace de 252 jours il prit 498 1/2 onces d'huile de foie de morue, (six cuillerées par jour, pendant 7 semaines, et quatre cuillerées par jour, pendant 29 semaines), de qualité brunâtre, et entièrement soluble dans l'éther, comme cela devait être. Dans le cas où une partie de l'huile vint à passer, sans éprouver d'altération, dans les excréments, elle devait nécessairement s'en laisser extraire par l'éther. Les fèces évacués dans le courant de 24 heures par un individu bien portant qui ne prenait point d'huile de foie de morue, ayant été traités par l'éther, donnèrent 6,02 pour cent de matière verte, ayant une odeur de bile, fusible à la chaleur et de la consistance de la cire. Des excréments du malade soumis à l'usage de l'huile de foie de morue, on retira seulement, en 24 heures, 4 pour cent de matière grasse. Pour contrôler cette expérimentation, après avoir suspendu l'usage de l'huile, pendant 10

(1) *Annali di chimica*, rédigés par *Polli*, vol. 3, 1846. pag. 116.

jours, chez cet individu, on analysa les fèces qu'il avait évacué en 24 heures, et les ayant traités par l'éther on en obtint 5,7 pour cent de la susdite matière grasse analogue à de la cire. — Cette observation semble prouver que l'huile ingérée passe réellement dans la masse des humeurs. Toute cette graisse doit nécessairement entrer dans les matériaux qui sont modifiés par la respiration, ou constituer un remède respiratoire. Peu de temps après qu'on avait commencé le traitement sus-indiqué, qui dura 9 mois, il survint une amélioration, et deux ans après la cure, la guérison se maintenait encore ferme et permanente.

Maintenant, si d'un côté l'on considère que l'huile de foie de morue est chimiquement composée, d'après les analyses les plus connues; 1° de graisse; 2° d'acides butyrique et acétique; 3° de plusieurs principes constituants de la bile; 4° d'une très faible quantité d'iode (1), de brôme, et non toujours constante, ainsi qu'il conste des analyses de *Donovane* et de *Chevalier* (2); 5° de 0,01 pour cent de phosphore non oxydé et de quelques sels; et si d'autre part on réfléchit que le dégagement de la chaleur, si fort augmentée chez les phthisiques, doit provenir d'une plus grande combustion du carbone qui existe dans le sang et dans les tissus, au moyen de l'oxygène de l'air atmosphérique, qui, selon *Beddoes* et *Bennet*, se rencontre en excès dans le système général des tuberculeux, il s'ensuivrait que cette huile serait indiquée pour saturer, par son carbone, l'oxygène excédant qui, sans cela, devrait promptement se combiner avec les tissus. Cette théorie est confirmée par les expériences de *Scudamore* et d'autres médecins qui démontrent que, chez les phthisiques, il y a une plus grande quantité d'acide carbonique expirée dans un temps donné.

D'après ce qui précède, il nous semble que l'huile de morue peut être utile, plutôt par sa propriété et par sa composition, comme substance respiratoire, que par la minime dose d'iode qu'elle contient. — En exprimant cette opinion, nous ne voulons pas omettre de mentionner son action dynamique, comme prenant une part essentielle à la modification du cours de la maladie. C'est là ce que je me suis efforcé de scruter avec soin et diligence pendant au moins deux ans, sur des phthisiques et des scrofuleux de mon hôpital, soit isolément, c'est-à-dire traités avec le seul médicament dont il s'agit, soit comparativement, quand ils étaient

(1) Suivant *Dejongh*, un grain d'iode sur cinq ou six onces d'huile. Elle contient aussi du soufre et du chlore, selon *Gobley* et quelques autres.

(2) *Journal de chimie médicale.*

traités avec d'autres substances et sur moi-même, qui me suis soumis à trois expériences avec l'huile de foie de morue.

Le 16 mars 1847, à 9 heures du matin, j'avalai à jeun dix drachmes d'huile de foie de morue claire et brunâtre, d'une odeur pénétrante de poisson, et de la couleur du vin de Madère. En l'ingérant je la trouvai d'une saveur fort nauséabonde, désagréable, assez semblable à celle de poisson putréfié, accompagnée d'une sensation âpre et mordicante dans le gosier. Aussitôt après l'avoir prise, j'éprouvai une nausée qui m'incommoda pendant plus de deux heures et ne se dissipa entièrement qu'après avoir dîné. Le pouls, avant l'expérience, était normal, quant à la force et au rythme ; il donnait 74, et la respiration 21. Au bout d'une heure, alors que je ressentais encore une forte nausée et que je faisais des renvois d'une odeur de poisson pourri, les battements artériels étaient réduits à 70, un peu plus faibles et plus petits. Le lendemain, après avoir constaté que le pouls était normal et offrait la même fréquence que le jour précédent, j'avalai une once et demie de cette huile mêlée à deux onces de café noir. Même sensation de saveur de nausée et, en outre, vomituritions avec plus de débilité; faiblesse du pouls; et une couple d'heures après l'avoir prise, deux évacuations alvines. La respiration me parut aussi ralentie jusqu'à 19. Le jour suivant, après l'ingestion d'une quantité d'huile égale à celle de la veille, tous les mêmes effets, quoiqu'un peu moins prononcés, se présentèrent. Les déjections alvines étaient pultacées, noirâtres, semblables à celles qui succèdent aux purgations ordinaires. Pour ce qui concerne les urines, je n'y ai observé aucun changement ni dans leur qualité ni dans leur quantité.

Mais j'ai fait des observations comparatives beaucoup plus nombreuses et bien plus variées dans diverses maladies, à des âges différents et chez les deux sexes, tant avec l'huile brune, qu'avec la blanche, dont l'action me sembla à peu près semblable; résultat qui s'accorde avec les expériences de *Jongh* tendantes à démontrer que la valeur relative des trois huiles de foie de morue la noire, la brune et la blanche, est identique, attendu que le phosphore, le chlore, l'iode et le soufre qui se trouvent dans ces trois espèces d'huile, sont dans un certain rapport de proportion telle que l'huile qui contient, par exemple, plus d'iode renferme moins de chlore, et ainsi des autres substances constituantes. Vingt-trois individus seulement ont bien voulu se soumettre à un usage longtemps continué et régulier d'une dose adoptée de ces huiles, pour arriver à un *criterium* fondé sur leur véritable action. Et, pour éviter trop de prolixité, nous dirons l'avoir vue pro-

duire des effets salutaires chez Bertolotti, âgé de 8 ans, scrofuleux ; présentant des yeux bleus, des cheveux d'un blond clair, une face pâle, une peau superfine, la sclérotique d'une couleur bleuâtre, des membres grêles, un gros ventre, une poitrine étroite, le sternum comprimé, en un mot l'habitude cachectique au plus haut degré, avec des engorgements scrofuloso-tuberculeux, au dessous du col, toux sèche, respiration gênée et fréquente, et les autres symptômes physiques qui attestent la présence de tubercules disséminés dans le parenchyme pulmonaire. Ce jeune garçon était issu d'une famille dans laquelle deux de ses frères moururent scrofuleux et atteints de tuberculisation générale. Dans cet état de choses, après avoir d'abord fait pratiquer deux saignées et administré quelques légers purgatifs pour combattre la diathèse phlogistique, le malade fut soumis, pendant bien deux mois, à l'usage régulier, non interrompu de l'huile de morue, de la qualité claire-brune que j'avais moi-même essayée, à la dose de plus d'une once par jour. L'amélioration qu'il en ressentit fut telle qu'il quitta l'hôpital avec une augmentation d'embonpoint, ayant une respiration plus ample et moins fréquente; libre de la toux dont il était atteint, et sans autre anormalité dans la poitrine qu'un léger soufle expiratoire à peine plus âpre que dans l'éta naturel ; altération que, si je ne me trompe, nous serions peut-être parvenu à dissiper, si le jeune malade n'eût pas été impatient d'aller aussitôt jouir au sein de sa famille du succès obtenu.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ESSAI SUR L'ANATOMIE ET LA PHYSIOLOGIE DES PARTIES CONSTITUANTES DE L'APPAREIL OPTIQUE, OU ORGANISATION DE L'OEIL ET DE SES ANNEXES ;

par P.-J. Vallez, docteur en médecine, chirurgie, accouchements; maître-oculiste, à Bruxelles.

Suite : *voir* le n° de septembre 1851, p. 29.

Article IX.

(DEUXIEME CATÉGORIE.)

De la cornée.

Situation. La cornée occupe le devant de l'œil, et constitue le cinquième antérieur de cet organe.

Faces. Elle a deux faces, une antérieure externe, convexe, et recouverte par la conjonctive translucide ; une postérieure interne, con-

cave et en rapport avec la membrane de Descemet et la chambre antérieure.

Figure. La cornée représente un segment d'une sphère surajoutée à une plus grande. Sa circonférence a sept à huit lignes de diamètre. Elle est bifurquée afin de recevoir l'ouverture antérieure de la sclérotique, à l'instar d'un verre de montre dans son cadre. Son diamètre vertical est le plus petit. Son épaisseur a un cinquième de ligne, et est plus prononcée vers le centre.

Origine. Anciennement, l'origine et la structure de la cornée ont été fortement débattues. Arnold, la croit une continuation de la sclérotique ; Mackensie, la suppose spongieuse ou celluleuse ; Scarpa la considère comme ligamenteuse ; Wardrop la dit *sui generis* ; Sœmmering l'envisage comme un tissu corné ; et enfin, plusieurs anatomistes d'autrefois la regardent comme formée de vaisseaux lymphatiques réunis par du tissu cellulaire.

Organisation. On s'accorde généralement aujourd'hui à regarder la cornée comme une membrane fibro-lamellaire ; elle est achromatique, transparente, lisse et poreuse. Le nombre de ses lames constituantes ne peut être strictement déterminé : des auteurs en admettent six superposées, d'autres augmentent ce nombre de beaucoup.

Artères. Les artères qui alimentent la cornée sont celles qui viennent de la conjonctive, de l'humeur aqueuse ; telles que l'ophthalmique, la lacrymale, l'oculo-musculaire, les deux palpébrales et les ciliaires antérieures. Parfois ces vaisseaux sont très-visibles et restent longtemps hypérémiés, ce qui constitue le pannus.

Veines. La cornée possède comme tous les autres tissus, des veines qui accompagnent les artères.

Vaisseaux lymphatiques. Fohmann est parvenu à injecter les vaisseaux absorbants de cette membrane.

Nerfs. La cornée reçoit sa sensibilité de la cinquième paire. Schlemm dit qu'ils proviennent des nerfs ciliaires, lesquels en traversant le ligament de ce nom, se diviseraient en deux séries de filets : en filets postérieurs destinés à l'iris, et en antérieurs, destinés à la cornée.

Cette découverte a été ultérieurement confirmée par MM. Purkinje et Pappenheim.

Les belles expériences de Magendie, connues de tous les médecins, prouvent, d'une manière évidente, la coopération du nerf de la cinquième paire à la conservation de la cornée.

Fonctions. Ce miroir complète la coque oculaire en lui donnant la forme convexe ou sphéroïdale. Il livre passage aux rayons lumineux et les concentre sur un seul point.

Généralités. La cornée est opaque dans la vie fœtale et ne s'éclaircit que vers le troisième mois. Elle est susceptible d'opacité congénitale; elle peut faire défaut. Le miroir de l'œil est resplendissant et plus saillant chez l'enfant que chez l'adulte, à cause de la plus grande quantité des humeurs. La cornée est aussi susceptible d'être transplantée ou de former une greffe animale (kérato-plastie). Cette membrane a une grande sympathie avec l'iris, car quand on la cautérise, la pupille se dilate ; elle en a encore une plus grande avec la sclérotique, exemple : il suffit d'une paillette de fer sur la cornée pour faire rougir l'albuginée.

Janin, affirme que la cornée laisse continuellement perspirer une sorte de sueur aqueuse provenant de l'intérieur de l'œil, pour venir se répandre à sa surface et se mélanger aux larmes. En effet, si on extirpe la glande lacrymale, l'œil n'en reste pas moins humide. De ces considérations on est tenté de conclure, que les taies cornéales, au lieu d'être des épanchements albumineux, pourraient fort bien n'être que le résultat de la stagnation de gouttelettes altérées du liquide précité.

La cornée devient parfois d'un gris cendré, et prend une apparence cartilagineuse; elle s'applatit dans la vieillesse, et peut laisser apparaître un anneau plus ou moins complet à peu de distance de sa circonférence (arc-sénile). D'autres fois elle s'ossifie partiellement ou totalement. A. Darcet en a publié un cas.

D'après M. Furnari, la cornée est très-petite chez les kabyles, et chez la plupart des nègres d'Afrique. Les Africains ont cette tunique très-bombée, et cependant ils ne sont pas myopes; tandis que chez eux la presbytie est pour ainsi dire naturelle. Enfin après la mort, la cornée devient le siége d'une opacité évidente.

Article X.

De la membrane de l'humeur aqueuse

(De Descemet, de Zinn, de Demours).

Situation. Cette membrane tapisse la chambre antérieure de l'œil, et enveloppe l'humeur aqueuse.

Faces. Elle en a deux, une concave correspondant à l'humeur

aqueuse qu'elle embrasse, l'autre convexe, en rapport avec la concavité de la chambre cornéenne sans aucune adhérence dans son parcours.

Organisation. C'est une tunique séreuse, pelliculaire, presqu'invisible dans l'état de santé.

Vaisseaux sanguins. Jusqu'aujourd'hui leur existence n'est pas objective, cependant il est présumable que cette tunique translucide en possède aussi bien que les autres tissus de l'œil, et qu'ils sont pour la plupart, la continuation de ceux qui se distribuent dans la cornée et dans la choroïde.

Nerfs. Des auteurs avancent que des filets nerveux de la branche nasale s'y rendent.

Fonctions. La membrane de Descemet contient l'humeur aqueuse, et elle est considérée comme organe secréteur de ce liquide.

Généralités. Quelques anatomistes prétendent que cette membrane tapisse la concavité de la cornée, ainsi que la face antérieure de l'iris, avec lesquelles elle aurait des adhérences, ce qui n'a pas été démontré.

Pour nous, c'est une enveloppe entièrement libre. Descemet, Demours et Zinn sont les premiers qui l'ont découverte.

L'opacité et même l'ossification partielle de cette tunique ont déjà été observées plusieurs fois.

Article XI.

De l'humeur aqueuse.

Situation. Elle occupe l'espace compris entre la cornée et la partie antérieure de l'iris, que nous nommons chambre antérieure.

Forme. Sa forme est celle de la partie creuse qu'elle remplit exactement, convexe en avant et sur sa surface externe; sa paroi postérieure correspond à la face antérieure de l'iris.

Organisation. C'est une humeur très-fluide, diaphane, visqueuse, maintenue dans une tunique propre, très-mince, nommée membrane de Descemet ou de l'humeur aqueuse.

Vaisseaux et nerfs. Ils sont encore inconnus.

Fonctions. L'humeur aqueuse est indispensable à la vision. Elle réfléchit les rayons lumineux; maintient la convexité du segment antérieur de l'œil, et donne à celui-ci un aspect brillant.

Généralités. Chez les fœtus et les enfants nouveaux-nés, cette humeur est plus abondante que chez les adultes et chez les presbytes;

elle a une couleur rougeâtre qui se dissipe environ un mois après la naissance. Chez quelques vieillards, elle perd naturellement sa transparence.

L'humeur aqueuse se régénère aussi promptement que le corps hyaloïdien, dont elle diffère sous le rapport de la consistance. Le liquide de la chambre antérieure jouit d'une faculté dissolvante très-prononcée. Sa pesanteur ordinaire est de six à dix grains ; cette humeur est très-soluble dans l'eau.

On a avancé que les vaisseaux de la partie antérieure de l'iris étaient chargés de produire continuellement ce liquide, et que le superflu perspirait à travers les pores de la cornée, pour s'unir au produit lacrymal, en humectant constamment l'œil. Quoiqu'il en soit l'humeur aqueuse ne franchit pas la pupille dans l'état normal ; en effet comment expliquerait-on les contractions si rapides de la prunelle. D'un autre côté les obstructions pupillaires accidentelles ou congénitales militent encore en faveur de cette opinion.

Enfin, l'ossification de l'humeur aqueuse a été reconnue par plusieurs praticiens.

Article XII.

De l'iris.

Situation. L'iris siége dans la partie interne et antérieure de l'œil, derrière l'humeur aqueuse, il est rendu visible par la transparence de ce fluide et de la cornée.

Faces. La face antérieure est séreuse, rayonnée, veloutée, diversement colorée suivant les sujets, bombée chez les jeunes gens robustes, recouverte par les artères et les veines ciliaires, qui, par leurs nombreuses anastomoses et circonvolutions forment des stries convergentes lesquelles deviennent apparentes sur le grand et sur le petit cercle irien. Cette face est en rapport médiat avec l'humeur aqueuse. La postérieure est floconneuse, noirâtre, en rapport avec les procès ciliaires, et vers son limbe cornéal, avec l'humeur vitrée dans sa capsule.

On a émis l'hypothèse que la rétine tapissait cette face, nommée *uvée* ou *pigment.*

Figure. Sa figure est celle d'un pessaire rond et aplati dans sa largeur (gemblette).

L'ouverture centrale est nommée pupille ou prunelle ; celle-ci est ordinairement ronde et a une ligne et demie, à deux lignes d'étendue.

Direction. L'iris est vertical. Il a deux circonférences, la plus grande est adhérente au cercle et aux procès ciliaires, au point de réunion de la choroïde, de la sclérotique et de la cornée. L'autre, plus petite, ordinairement libre, est traversée par les rayons lumineux (Bord pupillaire). Le limbe pupillaire, ourlet ou petite circonférence de l'iris est ordinairement d'un rouge jaune, brunâtre ; il n'a pas la même teinte que celle du corps irien.

Organisation. La structure de l'iris a fait le sujet d'une foule de monographies intéressantes, où on l'envisage comme étant cellulo-vasculaire, séreux, élastique, spongieux, érectile, vasculaire (ou plexus artério-sanguin), fibro-élastique, nerveux, vasculo-séreux et enfin *sui generis.*

C'est un organe particulier indépendant de ceux qui l'environnent, il leur est seulement contigu par sa grande circonférence, par de légères adhérences faciles à vaincre.

Le plus grand nombre des savants regardent cette barrière intra-oculaire comme composée de plusieurs parties hétérogènes, réunies entr'elles par du tissu cellulaire très-fin. Ils ont encore admis dans cette membrane des fibres musculaires. Cette dernière opinion n'est pas la même pour nos contemporains, quoique Maunoir de Genève semble avoir confirmé leur existence.

Aujourd'hui on a reconnu à l'iris trois membranes juxta-posées ;

1° L'antérieure *séreuse ;*

2° La moyenne *parenchymateuse* ou vasculaire ;

3° La postérieure (uvée) *cellulo-séreuse*, (pigmenteuse de Sichel).

L'iris présente, comme nous l'avons déjà dit, vers son centre, mais un peu en dedans, une ouverture circulaire, très-mobile et à fond noir dans l'état de santé.

Sa ressemblance avec l'arc-en-ciel, sous le rapport de la coloration, lui a valu le nom d'iris.

Artères. Elles viennent des branches de l'ophthalmique et sont nommées ciliaires ; elles sont très-nombreuses, s'anastomosent fréquemment, se distribuent particulièrement à la face cornéale de ce diaphragme oculaire, où elles constituent les arcs iriens, nommés grand, moyen et petit. L'iris peut encore recevoir des rameaux artériels partant parfois des artères ethmoïdale postérieure, lacrymale, musculaire inférieure, ou de la sous-orbitaire. Les artères de l'iris semblent n'être retenues à la face antérieure de cet organe que par des liens très-lâches.

Veines. Semblables aux artères, elles vont se porter dans le *vasa-vorticosa* de la choroïde et dans les veines ciliaires longues.

Vaisseaux lymphatiques. Ils y sont peu abondants.

Nerfs. Il y en a un grand nombre qui émanent du ganglion ophthalmique de Willis (nerfs ciliaires). [Le ganglion précité communique avec le nerf moteur oculaire commun.] Il en arrive aussi du nerf nasal, subdivision de l'ophthalmique de la cinquième paire.

Fonctions. L'iris est le régulateur des rayons lumineux, à l'aide de ses dilatations et de ses resserrements pupillaires. Cet organe divise l'œil en deux compartiments inégaux, fait communiquer les chambres entr'elles et donne à la physionomie le cachet de la beauté et aux yeux les épithètes de noirs, bruns, gris, bleus, verdâtres, etc.

Généralités. Les couleurs primordiales de l'iris sont ; le bleu, le gris, le roux et le brun.

L'iris peut être d'une coloration différente à chaque œil ; il peut aussi parfois présenter des taches ferrées disséminées çà et là, dans son état normal ; ou bien le même iris peut être mi-partie blanc et mi-partie bleu (veiron).

Pendant les premières années de la vie, les régulateurs de la vue peuvent changer de couleur, c'est-à-dire de gris ou de bleus qu'ils étaient, ils peuvent devenir verdâtres ou brunâtres, etc. D'ordinaire ces organes sont en rapport avec la couleur des cheveux et celle de la peau ; il y a cependant des exceptions à cette règle. L'iris a une grande sympathie avec les membranes voisines.

Chez le fœtus, l'iris n'est pas solidement fixé par sa grande circonférence. Chez les albinos, l'iris paraît d'un blanc rosé, ce qui dépend de l'absence du pigmentum.

L'iris peut aussi offrir plusieurs pupilles à travers lesquelles l'individu qui en est porteur, distingue les objets ; d'autres fois, mais plus rarement, il y a colobôme ou l'iris manque totalement.

MM. Poenitz, Stæber, Rentzchel, Behr, Cazentre, Baratta, Luzardi, Prael, Guthrie, Rau et Focachon ont observé l'absence congénitale complète de l'iris. C'est une anomalie assez rare, mais beaucoup plus rare sur un seul œil. Son absence peut être héréditaire, et quand ce vice de conformation est le résultat de l'hérédité, c'est toujours du côté paternel que provient l'anomalie.

Plusieurs praticiens distingués ont aussi publié des cas d'ossification partielle de l'iris.

Quant aux contractions et aux dilatations de la pupille, il n'y a en-

core rien de bien avéré à cet égard ; les uns disent que les contractions et les dilatations sont sous l'influence des filets nerveux provenant du nerf moteur oculaire commun (troisième paire) ; tandis que d'autres avancent que ces mêmes phénomènes dépendent du stimulus nerveux du trijumeau (cinquième paire) : ou bien que le resserrement pupillaire est occasionné par l'influence du moteur oculaire commun, et l'agrandissement par l'influence du nerf trijumeau.

On a encore invoqué, pour expliquer ce phénomène, la réflexion de la lumière.

Quoiqu'il en soit, les mouvements de la prunelle ne sont pas sous l'influence de la volonté chez l'homme ; quelques personnes cependant jouissent de cette faculté ; ceci a lieu surtout quand les deux yeux convergent l'un vers l'autre.

Quand on réfléchit aux vives contractions et à la grande sensibilité de l'iris et de la pupille en particulier, on est tenté de croire à l'existence de la rétine sur la face postérieure du diaphragme en question. D'un autre côté, dans l'amaurose rétinienne complète, la pupille est pour ainsi dire toujours immobile, dilatée et plus ou moins déformée. On remarque même parfois des tremblements très-prononcés de cet organe. Ces phénomènes s'expliquent par les anastomoses nerveuses que nous verrons au chapitre qui traite du système nerveux.

Article XIII.

De la membrane pupillaire (de Waschendorff).

Situation. Cette membrane bouche complétement la pupille pendant les sept premiers mois de la vie utérine. Très-rarement elle persiste après la naissance.

Figure. La membrane de Waschendorff a la forme d'une rondelle unie, semi-transparente, mettant obstacle à la vision. Elle a deux faces : l'antérieure est en contact indirect avec l'humeur aqueuse ; la postérieure regarde du côté du système cristallinien. Sa circonférence est unie à l'anneau pupillaire.

Organisation. Des dissidences nombreuses ont existé longtemps parmi les auteurs qui se sont occupés de cet obturatenr pupillaire. Dans l'état actuel de la science, la membrane qui fait le sujet de cet article est envisagée comme de nature cellulo-vasculaire et composée de deux feuillets membraneux, adossés l'un à l'autre, munis de beaucoup de vaisseaux sanguins laissant entr'eux de grands intervalles

exempts de vascularisation. Elle est plus mince au centre qu'à sa circonférence.

Artères. Ce sont des prolongements de celles qui sillonnent l'iris.

Veines. Elles accompagnent les artères et portent les mêmes noms.

Vaisseaux lymphatiques. On n'est pas encore parvenu jusqu'ici à en démontrer l'existence.

Nerfs. Il est probable que ce sont les terminaisons de ceux qui se répandent dans le corps de l'iris.

Fonctions. La membrane pupillaire empêche la transfusion des humeurs de l'œil pendant la vie embryonaire et fœtale.

Elle maintient l'iris constamment tendu, jusqu'à ce que son grand bord soit assez bien assujetti, pour permettre à cet organe de fonctionner.

Généralités. L'expérience a constaté depuis sa découverte faite par Waschendorff qui date de 1738, que lorsque cette membrane persiste après la naissance, elle intercepte la vision ; si, dans cet état, les yeux sont, sous tous les autres rapports, dans de bonnes conditions, on peut avoir recours à une opération pour détruire cette cloison, en permettant alors à l'organe oculaire de distinguer les objets. D'autres fois la membrane pupillaire se déchire d'elle-même sans qu'on ait besoin de recourir à un instrument.

Les nombreuses recherches de J. Cloquet, ont prouvé chez le fœtus humain, l'existence constante de cette membrane. Elle devient visible du troisième au septième mois ; c'est vers cette époque que sa disparition a lieu à la suite de sa rupture produite par la rétraction de ses anses vasculaires ou par l'effet de l'évolution organique. Dès que la rupture s'est opérée, les anses susdites se retirent vers la petite circonférence de l'iris (pupille), en s'éloignant les unes des autres, et, par conséquent, du centre de la prunelle. Plusieurs auteurs ont supposé que la membrane pupillaire était une continuation de l'iris, ou qu'elle provenait de la membrane de l'humeur aqueuse ; ceci est purement hypothétique, attendu qu'il est démontré que cette cloison existe par elle-même jusqu'au perfectionnement de l'organe visuel.

Article XIV.

De la cristalloïde.

Situation. La membrane cristalloïde enveloppe le cristallin de toute part. Donc elle siége dans la chambre postérieure de l'œil.

Forme. La tunique du cristallin a la forme d'une coque moulée sur ce dernier. Cette coque a une face interne concave et une face externe convexe.

Organisation. C'est une membrane séreuse particulière, diaphane, translucide, formée par deux parties capsuliformes soudées à leur circonférence au pourtour de la lentille cristalline ; elle est assez résistante, contenant outre le cristallin une petite quantité d'humeur portant le nom de celui qui l'a remarqué le premier (Morgagni).

Le segment capsulaire antérieur est plus résistant que le postérieur; celui-ci adhère légèrement à l'hyaloïde dans la cuvette du corps vitré. Ces deux parties réunies sont de même nature et n'adhèrent nulle part au corps qu'elles renferment ; mais elles sont unies à la base du canal de Petit, avec les deux feuillets de la tunique de l'humeur hyaloïde ou vitrée.

Fonctions. Cette membrane maintient le cristallin dans sa place et le met en contact direct avec l'humeur de Morgagni. Des auteurs affirment que l'humeur *susdite* est secrétée par elle, et qu'elle sert aussi indubitablement à la vision.

Artères. Elles naissent de la centrale de la rétine ; une branche s'anastomose avec les artères ciliaires.

Veines. Celles-ci proviennent de la veine centrale de la rétine.

Vaisseaux lymphatiques. On n'en connait pas.

Nerfs. Ils émanent de la branche nasale.

Généralités. Le segment antérieur de la cristalloïde ne touche pas à l'humeur aqueuse, et quand il est opaque, il peut se séparer entièrement du postérieur, ce qui prouve que ces deux parties sont réunies par une suture circulaire à l'instar d'une gousse de fruit bivalve.

L'opacité de cette membrane constitue la cataracte capsulaire. Plusieurs médecins ont trouvé son ossification partielle et même générale; Wenzel, Wardrop, Morgagni, Gibson, Middlemore, Sichel, etc.

Article XV.

De l'humeur de Morgagni.

Situation. On trouve cette humeur entre le cristallin et sa capsule. Elle porte le nom de celui qui l'a observée le premier.

Organisation. Son organisation est celle d'un fluide mucoso-séreux, peu abondant, translucide dans son état normal, devenant lactescent, nuageux ou uniformément opaque dans son état pathologique. (Cataracte laiteuse, interstitielle, Morgagnienne.)

Fonctions. On peut supposer cette humeur utile à la lubréfaction du cristallin, et non à sa nutrition. Quoiqu'il en soit, c'est un fluide réfringent.

Généralités. Généralement parlant, on ne connait pas grand' chose des propriétés de la liqueur de Morgagni, ni même de son origine. Pour les uns elle serait un liquide essentiel ; pour d'autres, le produit de la sécrétion de la capsule du cristallin. Travers nie son existence ; Velpeau la révoque en doute.

Quelques auteurs font dériver le fluide de Morgagni, du cristallin altéré et ramolli. Quoiqu'il en soit de ces diverses hypothèses, nous dirons que ce liquide existe positivement à l'état physiologique, car son altération isolée a été remarquée par plusieurs observateurs, sans coexistence de maladie soit du cristallin, soit de sa capsule.

L'humeur en question n'est pas absolument nécessaire à la vision, attendu qu'elle peut manquer totalement sans entraver cet acte. Lorsque l'humeur de Morgagni est altérée, elle nuit à l'accomplissement de la fonction visuelle.

Article XVI.

Du cristallin.

Situation. Le cristallin entouré de sa capsule est situé entre l'humeur vitrée et la pupille, dans la chambre postérieure de l'œil : autrement dit, il corrrespond au centre de la pupille, placé entre les deux tiers postérieurs de l'œil avec son tiers antérieur.

Selon Zinn, le cristallin se trouverait précisément au milieu de l'œil, c'est-à-dire à égale distance de la rétine et de la cornée.

Faces et rapports. Sa face antérieure correspond par son axe visuel au centre de la prunelle; il est bon de noter en passant que le cristallin ne touche pas à l'iris ni à l'humeur aqueuse ; (il est éloigné de l'iris d'un cinquième de ligne) et qu'il est entièrement libre dans son enveloppe. La face postérieure est nichée dans la dépression expressc de l'humeur vitrée, et sa capsule correspondante est adhérente à l'hyaloïde.

Figure. Chez le fœtus, le cristallin est presque sphérique, et chez l'adulte, il a la forme d'une lentille achromatique bi-convexe, mais à courbure plus forte en arrière qu'en avant.

Diamètres. Le corps cristallinien a quatre lignes de diamètre; deux lignes d'épaisseur ; deux lignes et demie de largeur.

Pesanteur. Il a quatre grains de pesanteur. La circonférence du cristallin est entourée par le canal de Fontana.

Organisation. L'organisation du cristallin n'est pas la même aux différentes périodes de la vie.

1° Pendant la vie utérine, le cristallin est formé de trois fragments triangulaires, mous, caséeux, albumineux, blanchâtres; et juxtaposés de manière à faire apercevoir les rudiments de ce corps; ils laissent entre eux des sillons résultant de leur union incomplète.

2° Un peu avant la naissance, la couleur du cristallin et sa structure changent, il acquiert une légère teinte rosacée ; sa substance se transforme en lamelles muqueuses concentriques, fort minces, superposées et aplaties.

3e Après la naissance, la lentille cristalline est formée de feuillets concentriques fibreux d'après Stricker et Hannover, feuillets placés comme dans l'oignon. Au fur et à mesure qu'on avance en âge, le cristallin devient plus dense à son centre; cependant il reste diaphane jusque vers trente, quarante ou cinquante ans ; alors il se rapetisse et prend une teinte ambrée en conservant son état physiologique. On peut dire que le cristallin est composé : 1° d'une couche corticale épaisse et molle; 2° d'une couche centrale ou noyau solide.

Artères. Ce sont des subdivisions des coronaires provenant de l'artère centrale de la rétine après s'être irradiées au corps vitré et aux cristalloïdes.

Veines. Elles accompagnent la distribution des artères; et proviennent des veines qui portent les mêmes noms.

Vaisseaux lymphatiques. Jusqu'à présent on n'est point autorisé à en admettre.

Nerfs. On prétend que quelques filets nerveux de la branche nasale parviennent jusqu'au cristallin.

Fonctions. Le savant astronome Kepler est le premier qui a démontré que le cristallin n'était qu'un corps réfringent, destiné à rassembler les rayons lumineux sur la rétine. En vertu de sa structure individuelle, il est appelé à perfectionner la vision ; c'est un véritable correcteur des rayons lumineux, il les réunit en un foyer, et les rapproche de l'axe visuel, de manière à représenter au fond de l'œil, l'objet qu'on regarde.

M. Clay-Wallace, prétend que le cristallin est porté en avant pendant l'acte d'ajustement des yeux, pour les objets rapprochés, et poussé en arrière pour la vision d'objets éloignés.

Enfin l'absence du cristallin n'empêche point l'œil de s'ajuster lui-même aux diverses distances. (E. Home.)

Généralités. Ce corps réfracteur achromatique, n'est pas indispensable à la vision, puisqu'on peut l'enlever sans que celle-ci cesse. Il arrive parfois qu'il manque congénitalement, ou qu'il est plus volumineux dans un œil que dans l'autre; d'autres fois il naît opaque ou il est colobomateux, ou bien encore il est double dans le même organe. Cette dernière anomalie se rencontre chez les monstres cylopes non viables.

Wallisnari, Fritsch, Jaeninus, Schwarz, Vrolik, et Ammon ont vu deux cristallins dans le même œil.

La tache jaunâtre de Sœmmering, que l'on remarque sur la rétine, vers l'âge de trente à cinquante ans, est un phénomène dû au reflet du cristallin sur cette membrane, qui, à cette époque, a acquis une teinte jaunâtre légèrement brillante et ambrée.

Le cristallin n'est pas nourri par l'humeur de Morgagni ; aujourd'hui sa nutrition n'est plus un mystère, puis qu'on connaît ses vaisseaux nourriciers.

L'humeur de Morgagni n'existe pas non plus entre ses lamelles constituantes, elle est en rapport direct avec la lentille cristalline. On a dit que le cristallin pouvait se reproduire quand sa capsule était restée intacte; la science au point où elle est arrivée, nous permet de douter d'un fait semblable.

Le cristallin se dissout entièrement dans l'eau ordinaire.

Enfin, la lentille cristalline est un des organes de l'œil qui s'opacifie et s'ossifie le plus fréquemment. Wenzel, Middlemore, Forlenze, Sichel, etc. Il est encore susceptible de s'hypertrophier.

Article XVII.

De la membrane hyaloïde.

Situation. Elle est située dans la chambre postérieure de l'œil. Cette tunique siége au pourtour du corps hyaloïdien, et fournit des prolongements qui sillonnent dans mille sens la substance vitrée.

Faces. On peut chez elle admettre trois faces : une convexe postérieure en rapport avec toute l'étendue de la rétine; une antérieure concave logeant le cristallin; et une interne tapissant toute la superficie de l'humeur qu'elle renferme.

Organisation. Cette membrane est séreuse, assez résistante, excessivement fine et translucide, adhérente dans quelques points à la capsule du cristallin.

L'hyaloïde se divise vers le pourtour du corps lenticulaire en deux feuillets très-distincts, dont un se rend sur la cristalloïde antérieure et l'autre sur la cristalloïde postérieure, de manière à laisser entre eux, un écartement triangulaire dont la base repose sur la circonférence du cristallin et dont le sommet correspond au point de départ de leur division. Cet écartement a été trouvé par Petit ; de là le nom de canal de Petit.

Artères. Elles partent des anastomoses des branches de l'artère centrale de la rétine (artères coronaires), lesquelles se rendent à l'humeur vitrée, au cristallin et au bord externe de la zône de Zinn.

Veines. En tout point elles sont conformes aux artères, sous le rapport de leur origine et de leur distribution.

Vaisseaux lymphatiques. Aucun auteur n'en a fait mention.

Nerfs. Ce sont des prolongements de ceux qui appartiennent au corps vitré et à la lentille,

Fonctions. Cette tunique contient le fluide transparent et lui fournit une quantité de cellules pour le loger convenablement. Elle forme en se repliant sur elle-même le canal hyaloïdien ; tient en place le système cristallinien à l'aide de sa division. Peut-être est-ce l'hyaloïde qui sécrète l'humeur qu'elle protège et enveloppe.

Généralités. On démontre l'existence de cette membrane transparente, en soulevant le corps hyaloïdien sur un stylet aigu; l'humeur s'en écoule alors goutte à goutte le long de l'instrument. Ou mieux encore : en comprimant méthodiquement ce corps dans un linge fin, il filtrera à travers ce tissu, ne laissant pour résidu que des portions de flocons blanchâtres qui ne sont rien autre que la tunique débarrassée de l'humeur hyaloïde. Plusieurs praticiens ont trouvé cette membrane plus ou moins ossifiée.

Article XVIII.

De l'humeur vitrée ; corps hyaloïdien.

Situation. Cette humeur occupe la plus grande partie de la coque oculaire, que nous nommons chambre postérieure, (à peu près les quatre cinquièmes de l'organe), depuis l'épanouissement du nerf optique, jusqu'à la face postérieure du cristallin.

Faces. La face antérieure est adhérente à la capsule et au cristallin par l'intermédiaire de l'artère et de la veine centrale ; elle est recouverte par l'anneau et les procès ciliaires, et en dehors de ces organes

la circonférence de l'iris y adhère aussi. Sa surface ou face postérieure convexe est en rapport avec la rétine, mais n'y adhère point.

Forme. Sa forme est celle des quatre cinquièmes d'une sphère concave en avant ; mais complétée, pour ainsi dire, par la lentille cristalline. La concavité de ce corps renferme une capsule pour recevoir la lentille achromatique.

Organisation. C'est une espèce d'éponge, limpide, gluante, expansible, formée par une multitude de petites cellules cunéiformes remplies d'une humeur vitrée et maintenue par une membrane séreuse très-fine.

Le corps vitré est soluble dans l'eau et se condense pour l'ébullition.

Artères. Ce sont des anastomoses des artères qui se rendent à la rétine et au cristallin (nommées coronaires).

Veines. Elles naissent des coronaires.

Vaisseaux lymphatiques. Jusqu'ici on ne lui en connait pas.

Nerfs. On prétend que cette substance reçoit sa sensibilité de la branche nasale qui fournit les filets ciliaires-indépendants.

Fonctions. Le corps hyaloïdien sert avec les autres parties transparentes destinées à la fonction visuelle proprement dite, à faire converger les rayons lumineux qui doivent impressionner convenablement l'organe immédiat de la vision, sans les altérer. Il sert encore, secondairement, à remplacer la lentille, après son extraction ou son absence congénitale ; à maintenir celles-ci dans sa position voulue ; enfin à conserver au globe oculaire une certaine forme propre à l'exécution de ses fonctions, et à faciliter par sa mollesse l'extension insensible de la rétine.

Généralités. Le corps vitré joue, dans son état normal, un certain rôle dans le mécanisme de la vision ; c'est ainsi que lorsqu'il est trop abondant et très-dense il peut engendrer la myopie congénitale ; s'il manque de consistance et de quantité, il engendre la presbytie. Il arrive aussi qu'il présente une division en forme de V, anomalie nommée colobôme de l'humeur vitrée.

Le corps hyaloïdien peut encore se régénérer quand une plus ou moins grande partie a été évacuée. Sa pesanteur spécifique est de quatre-vingts à quatre-vingt-dix grains. Il se liquéfie avec l'âge chez certains individus. L'humeur vitrée est traversée, comme il a déjà été dit, par un canal qui livre passage à l'artère centrale et à ses accessoires ou accolites. Brewster pense que les mouches volantes qui flot-

tent devant le champ visuel ont leur siége dans ce liquide. Romer dit avoir observé des concrétions dans cette humeur, sans que celle-ci ait changé de couleur. Sprie et Walter ont fait la même observation. Carron du Villards y a vu des corps étrangers séjourner pendant plusieurs années. La blessure de l'artère centrale de la rétine détermine une hémorrhagie dans le corps hyaloïdien.

(*La suite à un prochain numéro.*)

DU TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE ET DE LA PNEUMONIE.

Leçons cliniques données à l'hôpital militaire; par M. le professeur Lebeau, recueillies par le docteur J. Crocq.

Suite et fin : *voir* le n° d'août 1851, p. 215.

Voici quelques observations à l'appui des principes posés précédemment.

Pleurésie aiguë.

Obs. I.—Le nommé Henno, J.-F. âgé de 20 ans, tempérament lymphatique, entre à l'hôpital le 11 février 1851. Il est malade depuis six jours, et se plaint de dyspnée et d'un point de côté à gauche.

La face est pâle, terreuse, les pommettes son injectées; céphalalgie; vertiges; peau chaude, humide; pouls petit, assez dur, à 24 au quart; région précordiale sonore; bruits du cœur normaux. Pas de toux ni d'expectoration; matité dans les trois quarts inférieurs du côté gauche du thorax; absence du bruit respiratoire jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate; à cette hauteur, souffle égophonique et égophonie très prononcée. Lèvres sèches, langue pointue, collante, inappétence, soif; pas de selles depuis deux jours. — Saignée, diète, boissons délayantes.

Le 12, face pâle, bouffie, respiration laborieuse; le malade a bien dormi; chaleur de la peau normale; pouls à 26 au quart; région précordiale mate, offrant à l'auscultation un craquement très prononcé. Caillot assez volumineux, couenne bien prononcé.—Huit à dix inspirations par minute; thorax bombé du côté droit; caractères sthétoscopiques comme hier. Ventre légèrement douloureux à la pression.—Saignée de 12 onces; 12 ventouses scarifiées le soir; potion avec un grain de tartre stibié.

Le 13, plus aucune douleur; chaleur normale; pouls encore un peu amélioré, six inspirations au quart.—Deux soupes au lait.

Le 14, la face reprend sa teinte normale; pouls encore fréquent; souffle égophonique et égophonie encore audibles; pas de selles depuis trois jours.—Lavement émollient; quart de portion.

A partir de ce moment, la résorption s'effectua graduellement, et le malade sortit le 11 mars.

Pleurésie aiguë.

Obs. II. — Collin, J.-J., âgé de 21 ans, tempérament lymphatico-sanguin, entre à l'hôpital le 13 mai 1851. Il est malade depuis trois jours ; il se plaint de douleurs dans la poitrine et de dyspnée.

Il n'y a pas de céphalalgie ; peau chaude ; face rouge ; pouls large, plein, dur, à 24 au quart. L'élève qui reçoit ce malade trouve la poitrine sonore partout ; le bruit respiratoire est audible partout, mais un peu sec à la partie latérale et postérieure gauche ; il n'y a pas d'égophonie ; toux légère ; crachats séro-muqueux peu abondants. — Soif, inappétence, langue large, humide, blanche au centre, ventre normal, selles régulières.—Saignée de 12 onces, diète, boissons délayantes.

Le 14, sommeil interrompu ; peau chaude, halitueuse ; pouls large, résistant, à 22 au quart. Poitrine sonore en avant, mate en arrière à la partie inférieure du côté gauche. En cet endroit, le bruit respiratoire est affaibli et sec. Caillot rétracté, couenne de deux lignes d'épaisseur. —Saignée de 10 onces.

Le 15, sommeil bon ; peau et pouls à l'état normal ; caillot résistant, recouvert d'une couenne d'une ligne d'épaisseur. Le reste comme hier. —Ventouses scarifiées.

Le 16, peau modérément chaude, pouls assez dur, un peu augmenté en fréquence ; toux rare ; le sang des ventouses offre des rondelles séparées, recouvertes d'une couenne. On entend à la base du thorax en arrière, du souffle égophonique et de l'égophonie.—Pas de selles depuis deux jours. — Saignée de 10 onces ; lavement émollient.

Le 17, sommeil bon, pouls à 27 au quart, caillot rétracté, recouvert d'une forte couenne ; poitrine sonore ; égophonie et souffle égophonique très bornés ; appétit ; soif.— 8 ventouses scarifiées ; deux soupes au lait.

Le 20, le pouls restant encore un peu fréquent, on applique de nouveau 6 ventouses scarifiées sur le côté malade. — Depuis lors, Collin continua à aller bien, et il sortit de l'hôpital le 31 mai, complétement guéri.

Pleurésie aiguë.

Obs. III.—Le nommé Duseux, Gustave, âgé de 26 ans, de tempérament lymphatico-sanguin, entre à l'hôpital le 18 février 1851. Il est malade depuis six jours ; il se plaint de toux, de dyspnée et d'un point de côté à droite.

A la visite, céphalalgie, vertiges, éblouissements, peau très chaude, humide ; pouls plein, assez résistant, fréquent ; toux fréquente, saccadée, sans expectoration ; poitrine sonore partout en avant ; matité en arrière, à la base du côté droit ; égophonie et souffle égophonique près de l'épine de l'omoplate du même côté.— Langue rosée, humide ; soif,

inappétence ; ventre normal. — Diète ; julep pectoral ; une saignée à l'entrée et une autre saignée le soir.

Le 19, le malade a bien dormi ; peau chaude ; pouls dur, plein, de 26 à 27 au quart. Le sang de la première saignée offre un caillot volumineux, rétracté, recouvert d'une couenne peu épaisse ; la seconde offre une couenne de trois à quatre lignes d'épaisseur. Le point de côté persiste, toux fréquente et saccadée, expectoration séro-muqueuse ; signes physiques comme hier. — Saignée de 12 onces ; 12 ventouses scarifiées sur le côté malade, un grain d'émétique.—Le soir, nouvelle saignée de 12 à 15 onces.

Le 20, peau modérément chaude ; pouls mou, à 20 au quart ; caillots des deux saignées durs, rétractés, recouverts de couennes bien formées. Sang des ventouses offre des rondelles séparées, couenneuses. Signes physiques comme hier. — Deux grains d'émétique : soupe au lait.

Le 21, chaleur de la peau augmentée, pouls à 25 au quart, dur, encore un peu de toux et de douleur à l'inspiration ; signes physiques comme les jours précédents. — Saignée de 10 à 12 onces, suivies de huit sangsues sur le côté malade, diète.

Le 22, le malade se sent très bien ; face pâle ; chaleur de la peau normale ; pouls petit et vibrant ; caillot de la saignée volumineux, rétracté, recouvert d'une pellicule couenneuse. La matité et le souffle égophonique ont diminué ; plus de toux ; l'appétit commence à se prononcer ; pas de selles depuis son entrée. Soupe au lait ; uue cuillerée d'huile de ricin.

Le 23, la réaction reste nulle ; la matité, le souffle égophonique et l'égophonie persistent. Vésicatoire sur le côté.

Le 24, l'amélioration continue ; léger bruit de souffle au cœur. M. Lebeau donne les pilules de Blaud et le quart de portion.

Depuis, ce malade continua à aller bien ; il quitta l'hôpital le 11 mars.

Je pense que ces observations suffiront pour faire apprécier la méthode suivie par M. Lebeau dans le traitement de la pleurésie aiguë, et les résultats qu'il en obtient. Comme je l'ai dit précédemment, les émissions sanguines sont répétées, non selon une formule inflexible, mais selon les conditions ; la condition essentielle, c'est de les pratiquer à des intervalles assez rapprochés pour éviter que la réaction ne se reproduise. M. Lebeau évite de donner de hautes doses de tartre stibié ou de nitre, dont il est impossible de bien préciser les effets. Quant à la diététique, sa principale règle consiste à l'ordonner conformément aux besoins de l'estomac. Ainsi, la soif indique des boissons rafraîchissantes abondantes ; dès que l'estomac commence à manifester un peu d'appétit, la diète absolue serait plus nuisible qu'utile, et il faut satisfaire au besoin qui s'annonce, en accordant quelques légers aliments, comme du lait coupé, une soupe au lait, du bouillon. Il faut ensuite augmenter ou diminuer selon les besoins exprimés par le malade. — Lorsqu'on a été obligé de pratiquer de nombreuses évacuations san-

guines, et de tenir longtemps le malade à la diète, la convalescence est accompagnée d'un état d'anémie caractérisé par la pâleur de la face et des muqueuses, un bruit de souffle au cœur, et un pouls vibrant et peu résistant. Ces deux derniers signes sont constants, et il faut bien se garder de prendre le bruit de souffle pour l'indice d'une endocardite; cette erreur serait très préjudiciable au malade, en provoquant un traitement tout différent de celui qui est indiqué. Ce bruit de souffle est doux, souple et moëlleux, tandis que celui de l'endocardite est rude, il est d'ailleurs accompagné de l'état vibrant du pouls et de la pâleur de la peau et des muqueuses. Cette anémie n'a rien d'inquiétant; sous l'influence des ferrugineux et d'un régime bien ordonné, on la voit s'améliorer de jour en jour, et disparaître enfin en très peu de temps.— Elle ne peut servir d'argument contre la méthode précédemment décrite ; car elle dure moins longtemps que la maladie abandonnée à elle-même, elle ne fait pas souffrir le malade, et elle ne l'expose à aucune chance funeste.

Les considérations thérapeutiques émises précédemment relativement à la pleurésie, sont en grande partie aussi applicables à la pneumonie. Seulement on peut dire que les effets du traitement sont dans celle-ci beaucoup plus patents et plus rapides que dans la première.

Aussi est-ce à cette affection principalement que le scepticisme médical s'est attaqué dans ces derniers temps. M. Tessier, de Paris, a prétendu la guérir très-bien au moyen des infiniment petits homœopathiques. L'école de Vienne a prétendu, ce qui revient au même, que le régime et l'eau fraîche, c'est-à-dire la méthode expectante, amenaient les mêmes résultats que les méthodes thérapeutiques les plus actives. C'est ce qu'a formellement énoncé le docteur Dietl, dans un mémoire publié dernièrement, et analysé par notre savant confrère M. Fallot, dans les *Archives belges de médecine militaire.*

Ici, faisons d'abord une réserve. Ces auteurs et la plupart de ceux qui se sont occupés de cette question, ont pris pour point de départ la méthode statistique, si l'on peut appeler cela une méthode. Ils ont compté des cas, les ont rassemblés, et ont eu ainsi la prétention de donner des résultats d'une exactitude mathématique. Mais ces facteurs, qu'ils considèrent comme égaux pour les additionner, le sont-ils réellement? Que dirait-on d'un mathématicien qui procèderait de cette façon, additionnant et comparant des quantités sans tenir compte de leur rapport? Ce qu'on dirait de lui, on doit le dire des médecins qui s'appuient exclusivement sur ce qu'on a voulu appeler la méthode numérique ou statistique.

Pour en revenir à la pneumonie, voici ce qui arrive lorsqu'on emploie la méthode expectante. Si la maladie est encore au premier degré, elle passe bientôt au second ; arrivée à celui-ci, plusieurs terminaisons peuvent arriver. Si le cas est léger, et si le sujet est doué d'une constitution favorable, au bout d'un certain temps la maladie rétrograde, et elle finit par guérir ; ce sont de tels cas qui ont frappé les partisans

de cette méthode. Dans les circonstances opposées, le plus généralement autre chose arrive. Ou bien les tissus ne se dégorgent pas, et la maladie reste purement et simplement stationnaire : elle passe alors à l'état chronique. Ou bien les matériaux plastiques exsudés dans le parenchyme pulmonaire se transforment en pus, elle passe au troisième degré. L'état chronique conduit généralement aussi à la suppuration au bout d'un temps plus ou moins long : peut-être même peut-il, chez un sujet prédisposé, déterminer le dépôt des tubercules dans l'organe affecté.—Chez nous, au moins, ces fâcheuses terminaisons sont loin d'être rares chez les sujets qui, soit par négligence, soit par défaut d'attention du médecin, ont rigoureusement employé la méthode expectante.

Au contraire, par l'emploi de la méthode recommandée par M. Lebeau, ces terminaisons constituent des faits très exceptionnels, peut-être même n'ont-elles jamais lieu en dehors des circonstances qui empêchent l'application du traitement, et des complications graves. Si l'on veut la mettre en usage, on trouvera que le professeur de Bruxelles n'a nullement exagéré, lorsqu'il a dit à l'Académie de médecine, que par sa méthode il guérissait 99 pneumonique sur 100. Si l'honorable M. Raikem, qui a semblé mettre en doute ce résultat, veut expérimenter cette méthode, nous ne doutons aucunement qu'il ne s'en trouve entièrement satisfait.—Avertissons toutefois ceux qui voudraient s'amuser à échafauder des statistiques, qu'ils sont priés de n'y faire entrer que des cas comparables. Ainsi, évidemment ils ne peuvent y faire entrer les pneumonies déjà parvenues au troisième degré, lorsqu'ils se trouveraient appelés à les traiter ;— ni les pneumonies des vieillards ;—ni celles qui surviennent à la fin des fièvres typhoïdes. En effet, où la maladie est arrivée au troisième degré, tout le monde sait que la mort est presque inévitable ; le mode de traitement que nous allons indiquer ne peut d'ailleurs être employé avec succès. Faire entrer de tels faits dans une statistique serait l'entacher au plus haut degré du vice que nous avons relevé précédemment.

En voilà assez sur ces préliminaires obligés du traitement de la pneumonie ; passons maintenant à l'exposition de la méthode adoptée par M. le professeur Lebeau.

La base, le principe fondamental de cette méthode, consiste dans l'emploi des émissions sanguines pratiquées à des distances rapprochées. Comme nous l'avons dit en parlant de la pleurésie, l'effet immédiat de la saignée est de diminuer la fréquence du pouls et la chaleur de la peau. Mais cet effet n'est pas durable, et généralement une recrudescence suit cet amendement passager. C'est à celle-ci qu'il faut de suite s'opposer par une nouvelle saignée, dont les effets immédiats sont les mêmes que ceux de la première. Si ces effets immédiats restent purement passagers, il faut de nouveau les provoquer en faisant une troisième saignée. Dès que la réaction se montre, il faut ainsi l'abattre, et il faut continuer, il faut insister jusqu'à ce que l'amendement ne soit plus passager, mais persistant et continu.

Si le sujet est d'une constitution faible, ou bien si la recrudescence est incomplète, si c'est plutôt un état stationnaire qui se manifeste, on pourra substituer à la saignée générale, les ventouses scarifiées ou les sangsues sur le côté malade ; on répétera leur emploi autant que l'état du sujet l'indiquera.

A ces moyens il faut joindre la diète, le repos au lit, les boissons délayantes, et l'émétique à la dose de 4, 5, 6 grains par jour, selon la susceptibilité du sujet. Il s'entend que ce dernier moyen serait mis de côté si les voies digestives étaient malades.—M. Lebeau considère des doses plus fortes comme inutiles : leur usage est fondé sur l'existence d'une soi-disant tolérance que l'estomac offrirait au médicament dans cette maladie. Or, il lui semble très probable que cette tolérance est due uniquement à un défaut d'absorption de la part des voies gastriques, ce qui le fait parfaitement concevoir, tout en motivant l'inutilité de ces doses énormes.

Quel doit être le nombre des émissions sanguines ? Quelle doit être l'abondance de chacune d'elles ? Quelle distance doit les séparer ? Ce sont là de ces questions que l'on ne peut résoudre au moyen d'une formule, sous peine de mériter le reproche que nous voulons éviter, celui d'égaler entre elles des quantités dont l'égalité n'est pas démontrée, ou plutôt dont les différences sont patentes. Pour les résoudre il faut tenir compte des circonstances qui diffèrent d'un cas à l'autre, et qui constituent les indications. Toutefois, il est des règles qui doivent guider le praticien dans leur appréciation, règles tout aussi exactes pour lui que les formules pour le mathématicien.

La première de ces règles, celle qui découle le plus immédiatement de ce que nous avons dit, c'est de faire les saignées d'autant plus rapprochées que la réaction est plus intense. En effet plus elle l'est, plus elle se reproduit et s'accroît avec rapidité après avoir été arrêtée dans sa marche : plus vite par conséquent il faudra de nouveau lui poser des bornes en répétant l'emploi du même moyen. Ainsi, dans les cas où l'on est appelé au début, et où la maladie offre une grande acuité, on trouvera l'indication de ne laisser entre les diverses émissions sanguines que des intervalles de quatre ou cinq heures, et d'en pratiquer trois ou quatre dans les vingt-quatre heures. Dans d'autres cas, il suffira de renouveler la perte de sang au bout de huit, dix, douze heures. Dès que la réaction tombe, qu'elle ne se reproduit plus qu'avec peu d'intensité, on remplace la saignée générale par les sangsues ou les ventouses scarifiées, surtout si le sujet est faible ou s'il a déjà perdu beaucoup de sang. — Voilà pour les intervalles qui doivent séparer les émissions sanguines.—Quant à leur nombre absolu, il est subordonné au plus ou moins de persistance des phénomènes morbides : dans certains cas on se verra obligé de pratiquer cinq ou six saignées générales et plusieurs saignées locales ; dans d'autres, une seule saignée générale suivie de deux ou trois saignées locales suffira pleinement pour mener la maladie à bonne fin. Entre ces cas extrêmes, tous les intermédiaires

peuvent se présenter; et ce sont ces cas de moyenne intensité qui sont les plus fréquents.

L'abondance des saignées doit être subordonnée principalement à la force ou à la faiblesse de la constitution. Ainsi, chez un individu fort, on les fera de donze à quinze onces; chez un homme ordinaire, de dix à douze; chez une personne faible, elles pourront ne pas dépasser cinq ou six onces. Jamais il ne faut pratiquer de très larges saignées; car nous ne saurions trop le répéter, ce n'est pas leur abondance qui agit, c'est leur rapprochement. Veut-on agir rapidement, énergiquement? On fait une saignée toutes les quatre ou cinq heures. Une action lente suffit-elle? On laisse douze heures d'intervalle. L'abondance de chacune doit seulement être mesurée de façon à se trouver en rapport avec la constitution du sujet; elle doit être suffisante pour l'impressionner, rien de plus.

L'énoncé de ce fait nous conduit à une autre considération : c'est que la saignée n'agit pas par la quantité de sang qu'elle enlève à l'organisme; par la spoliation qu'elle opère. En effet, pratiquez dans une pneumonie une saignée de vingt à vingt-quatre onces, et elle ne sera pas guérie; pratiquez dans un cas entièrement identique trois saignées de sept à huit onces, à de courts intervalles, et la maladie passera à résolution, elle sera *jugulée*. — Pourtant, la perte de sang aura été la même dans l'un et l'autre cas; comment donc des effets si différents auront-ils été produits? — C'est que, encore une fois, la saignée n'agit pas dans les inflammations par la spoliation qu'elle amène dans l'organisme, elle agit en dérivant, en changeant la direction des courants sanguins. Cette façon de concevoir son action, nous explique jusqu'à un certain point, et sa grande efficacité, et l'utilité de la pratiquer à des intervalles rapprochés.

L'inflammation présente comme phénomène initial un afflux immodéré du sang vers l'organe qui en est le siége. Cet afflux est caractérisé par de la rougeur, de la chaleur, du gonflement et des troubles fonctionnels dans l'organe affecté; il est accompagné de troubles généraux qui constituent la réaction ou la fièvre avec ses diverses modifications. A cet afflux succède une exsudation des matériaux plastiques du sang dans les mailles de nos tissus, cette exsudation peut devenir abondante au point de comprimer les vaisseaux sanguins, et de faire pâlir les tissus qui étaient d'abord d'un rouge vif. Dans les maladies externes, nous pouvons suivre facilement cette marche de l'inflammation; dans les maladies internes, la considération des symptômes, jointe aux résultats des autopsies pratiquées aux diverses périodes de la maladie, nous montre qu'elle est exactement la même.

Le moyen le plus direct de combattre l'inflammation, c'est donc d'empêcher ou d'arrêter l'afflux immodéré du sang. C'est ce que l'on fait dans les inflammations externes au moyen des incisions que l'on pratique dans les parties malades. C'est ce que l'on fait dans certains cas en comprimant l'artère qui amène le sang au foyer de l'inflamma-

tion ; et M. le docteur Henroz, de Marche, est parvenu par ce moyen à enrayer le panaris au début.

Tel est aussi le mécanisme par lequel agit la saignée : ouvrant au sang un libre écoulement, elle le fait affluer vers un point différent du point enflammé, elle débarrasse celui-ci, elle tend à en détourner les courants sanguins. Cet écoulement cessant, ils tendent de nouveau à s'y rendre, et c'est pour dominer cette tendance qu'il faut le renouveler chaque fois qu'elle se reproduit. Agissant ainsi, on arrivera à un instant où elle sera tout à fait vaincue, et dès lors la maladie passera à résolution. Cette victoire de la thérapeutique sur l'impulsion morbide sera annoncée principalement au praticien par la diminution des phénomènes sympathiques qui constituent la fièvre.

Ces considérations nous amènent à concevoir l'utilité, la nécessité des préceptes posés précédemment sur l'emploi des émissions sanguines. Elles nous font comprendre pourquoi elles doivent être pratiquées à des intervalles rapprochés : c'est pour éviter que les courants sanguins ne se portent de nouveau avec la même intensité vers l'organe affecté. Une seule saignée, quelque large qu'on la fasse, ne produit qu'une seule dérivation ; les saignées médiocres, mais renouvelées à de courts intervalles, déterminent chaque fois une nouvelle dérivation, brisent chaque fois une partie de la force qui pousse le sang d'une façon immodérée vers l'organe malade.—Si l'intervalle entre les émissions sanguines est tel que de l'une à l'autre cette force puisse acquérir de nouveau toute son intensité première, elles n'ont qu'une efficacité médiocre ; en effet, ce n'est pas un traitement continu que l'on institue, c'est un traitement sans cesse interrompu, puis repris ; c'est recommencer chaque jour. Il n'est donc pas étonnant que, faisant une saignée toutes les 24 ou 36 heures, on trouve la méthode expectante tout aussi bonne que les traitements actifs. Ceux qui de pareils essais ont tiré cette conclusion, ont bien observé ; mais leur traitement actif était mauvais, ce n'était pas la méthode qui convient à la pneumonie aiguë, et en le repoussant ils ont eu raison. — Nous le répétons, la seule méthode réellement et toujours efficace, c'est celle des saignées coup sur coup, pratiquées d'après les préceptes indiqués par M. Lebeau.

Par l'emploi de cette méthode, appelé lorsque la maladie est au premier degré, on empêche son passage au second degré, et l'on parvient à la juguler, à l'arrêter complétement en 36 ou 48 heures. Par l'emploi de la méthode expectante, il faut au contraire, dans les cas les plus favorables, plusieurs jours pour atteindre la résolution ; car il faut que la maladie passe au second degré, puis repasse au premier, pour se résoudre ensuite graduellement. — Est-on arrivé déjà au second degré ? Généralement au bout du même terme, en peu de jours dans les cas les plus graves, on arrive à la résolution, caractérisée par les râles crépitants de retour.

L'émétique constitue, lorsqu'on peut l'employer, un adjuvant utile ; il agit en ralentissant la circulation, et probablement aussi par une action spéciale sur le tissu de l'organe malade.

Les vésicatoires sont toujours inutiles et souvent nuisibles tant qu'il y a réaction intense. En effet, dans ces cas, l'inflammation pulmonaire est trop active pour pouvoir être révulsée par celle qu'ils déterminent. Alors, celle-ci s'ajoute à la première pour entretenir et augmenter la fièvre, la chaleur de la peau, l'agitation, etc. Mais il n'en est pas de même lorsque la réaction est tombée; si alors les signes physiques, la toux, la dyspnée, l'état des crachats, indiquent que la résolution tarde à s'opérer, que maladie tend à rester stationnaire, le vésicatoire est indiqué. Il y a toutefois des sujets qui ne le supportent jamais, même dans ces circonstances, et chez lesquels il ramène tous les phénomènes de la réaction ; il faut alors se hâter de le supprimer.

Il n'est pas très rare de rencontrer la pneumonie compliquée d'une névrose intermittente périodique et intimement mêlée avec elle. Dans ces cas, chaque accès tend à reproduire l'inflammation avec tous ses caractères, si l'on se bornait à la combattre comme on l'a vu précédemment, on n'arriverait en définitive à rien, une cause persistante entretenant la maladie. Cette cause, il faut la reconnaître et la traiter. Parfois, on rencontre les symptômes d'un accès de fièvre plus ou moins caractérisé ; mais d'autres fois il n'y a rien qu'une recrudescence brusque et sans motif apparent, survenant alors que la maladie semblait prête à céder. De semblables recrudescences doivent toujours tenir en éveil le praticien, et aussitôt qu'il a des données qui l'autorisent à croire à l'existence d'une de ces névroses, il doit sans retard administrer le sulfate de quinine. Celui-ci vient alors confirmer la guérison, en mettant de côté la cause qui entretenait la pneumonie.

Observations de pneumonie.

Très souvent la pneumonie est accompagnée d'une inflammation de la plèvre voisine, qui donne lieu à un épanchement dans la cavité séreuse. On trouve alors, indépendamment des signes propres à la pneumonie, un point de côté et du souffle égophonique, et le sang est fortement couenneux. M. Lebeau se demande même si la présence de la couenne n'indique pas constamment que la plèvre est atteinte (à moins bien entendu qu'il n'y ait complication d'une autre phlegmasie propre à la déterminer, ou d'anémie).

Dans les cas dont nous parlons, et qui sont les plus fréquents, il y a pleuro-pneumonie. Leur traitement est absolument le même que celui de la pneumonie simple; seulement la résolution complète s'y fait moins rapidement, l'épanchement pleural exigeant toujours un certain temps pour sa résorption. Toutefois, il arrive souvent que l'épanchement est peu abondant, l'inflammation pleurale, due uniquement à la propagation de l'inflammation pulmonaire, étant peu étendue. Alors, la pleuro-pneumonie ne dure pas beaucoup plus longtemps que la pneumonie simple. La résorption s'opère très rapidement aussi lorsqu'elle a lieu dans les premiers temps, lorsque le liquide est encore homogène, que ses éléments n'ont pas eu le temps de se dissocier.

Quelquefois pourtant l'épanchement est aussi abondant que dans la pleurésie simple, et ses éléments sont déjà dissociés : alors il lui faut pour se résorber un temps également long. Dans tous les cas, sous l'influence du traitement que nous avons décrit, les symptômes fébriles disparaissent avec la même rapidité, ainsi que les phénomènes actifs de l'inflammation. La seule chose qui résiste plus ou moins longtemps selon les cas, ce sont les exsudations qui doivent être résorbées.

Voici quelques observations de pneumonie et de pleuro-pneumonie, qui viennent à l'appui de ce qui précède.

Pneumonie.

Obs. I. — Cox, de tempérament lymphatico-sanguin, âgé de 20 ans, entre à l'hôpital le 26 mai 1851. Il est malade depuis le matin ; il éprouve de la céphalalgie, des vertiges et un point de côté à droite.

A la visite, face jaunâtre, terreuse, pommettes fortement injectées ; peau chaude, humide ; pouls plein, dur, à 28 au quart. Dyspnée intense ; toux assez fréquente ; respiration laborieuse, aîles du nez battant avec force, dix inspirations au quart. — Crachats rouillés, adhérents au vase. — Poitrine sonore à gauche. A droite, diminution de la sonorité en avant ; on y entend quelques râles crépitants : en arrière, matité complète et absence du bruit respiratoire à la partie inférieure ; râles crépitants très audibles au-dessus de l'angle de l'omoplate ; pas de souffle. Langue pointue, collante, blanchâtre ; anorexie ; soif intense. Une selle solide le matin. — Trois saignées de 12 onces dans le courant de la journée ; ventouses scarifiées ; cinq grains d'émétique ; diète ; boissons délayantes.

Le 27, facies et peau comme hier ; pouls dur, plein, à 23 au quart. Les deux premières saignées offrent un caillot rétracté, solide, volumineux, couenneux ; celui de la troisième est moins volumineux et moins rétracté. Le sang des ventouses offre des rondelles séparées, dont plusieurs sont couenneuses. Crachats rouillés ; toux diminuée ; huit inspirations au quart, la matité n'existe plus qu'à la partie inférieure et postérieure du côté gauche, où l'on entend des râles crépitants et de l'égophonie. Langue blanche ; ventre normal.—Cinq grains d'émétique ; diète.

Le 28, peau modérément chaude ; pouls encore fort et plein ; crachats moins sanglants ; le malade se lève facilement.—Continuation.

Le 29, crachats purement muqueux, adhérents au vase ; toux rare ; plus d'égophonie ; râles sous-crépitants en arrière ; appétit. — Continuation.

Le 30, la respiration est redevenue tout à fait normale ; pouls mou, dépressible ; appétit.—Potion gommeuse ; deux soupes au lait.

Sortie de l'hôpital le 16 juin.

Pleuro-pneumonie.

Obs. II.—Pierre Deblick, de tempérament lymphatico-sanguin, âgé de 22 ans, entre à l'hôpital, le 3 février 1851 au soir. Il est malade

depuis le matin, il y a de la céphalalgie, de la gêne de la respiration, un point de côté à droite.

Le 4 au matin, anxiété extrême, face grippée, terreuse, ailes du nez très dilatées; peau sale, sèche, yeux injectés; pouls plein, dur, résistant, à 22 au quart. Gêne de la respiration; dix inspirations au quart; toux saccadée, crachats rouillés; matité et râles crépitants à la partie postérieure moyenne du poumon droit. Langue large, humide rosée; soif, inappétence, selles régulières. — Deux saignées de 12 onces dans la journée; trois grains d'émétique; diète; boissons abondantes.

Le 5, à la visite, il est couché sur le côté gauche; face grippée; encore de la douleur au côté droit; pommettes injectées; peau chaude et humide; pouls mou, petit, à 25 au quart. Caillots des saignées volumineux, celui de la première sans couenne, celui de la seconde couenneux. Huit inspirations au quart; expectoration verdâtre, mêlée de tâches rouillées; matité; râles crépitants. — 15 sangsues sur le côté malade; trois grains d'émétique; diète.

Le 6, pouls normal, toux fréquente, moins pénible qu'hier; matité beaucoup diminuée; râles crépitants à l'angle inférieur de l'omoplate; égophonie plus bas.—Vésicatoire sur le côté; émétique.

Le 7, appétit; deux soupes au lait. Sortie le 15 mars.

On voit que dans le premier cas, la maladie a été abattue en 3 jours, et dans le second en 48 heures. Qui oserait assurer un pareil résultat par l'expectation, sous l'influence de laquelle l'expérience nous a toujours montré la maladie tendant à se prolonger indéfiniment?

Pleuro-pneumonie.

Obs. III.—Van Avermaet, de tempérament lymphatico-sanguin, âgé de 20 ans, entre à l'hôpital le 15 décembre 1850. Il est malade depuis quatre jours; il se plaint d'une dyspnée qui se fait sentir seulement lorsqu'il marche, et d'un point de côté à gauche.

A la visite, face terne, jaunâtre, peau chaude, pouls à 25 au quart. En avant, matité à la partie inférieure du côté droit. En arrière, matité des deux côtés; à gauche seulement on entend des râles crépitants, et, vers l'angle inférieur de l'omoplate, du souffle aqueux et de l'égophonie. — La matité à droite est due évidemment à ce que le foie refoule en haut le poumon de ce côté; aussi n'y perçoit-on aucun bruit anormal.—Toux petite, saccadée, sans expectoration; le point de côté augmente sous son influence. — Langue large, humide, pas de soif, inappétence, une selle normale. — Deux saignées de 12 onces; diète; émétique; boissons délayantes.

Le 16, face normale, offrant seulement une légère bouffissure aux paupières inférieures. Pas de céphalalgie; chaleur normale; pouls mou, dépressible, ayant sa fréquence normale. Caillots des deux saignées volumineux, très résistants, recouverts d'une couenne épaisse. La toux continue; expectoration de quelques crachats rouillés. La matité persiste à la partie inférieure du côté droit du thorax; on y entend

encore les râles crépitants, le souffle aqueux et l'égophonie.—Langue normale, un peu d'appétit, pas de soif; deux ou trois taches rosées sur le ventre, crépitation dans la fosse iliaque droite, une selle liquide. — Douze ventouses scarifiées; suppression de l'émétique; diète.

Le 17, état très satisfaisant; rondelles des ventouses couenneuses; alimentation légère.—Sortie le 3 janvier 1851.

Pleuro-pneumonie.

Obs. IV.—Wéry, de tempérament lymphatico-sanguin, entre à l'hôpital le 27 avril 1851. Il est malade depuis trois jours; il se plaint d'un point de côté, de dyspnée et de toux.

A la visite, le 20, on trouve la face offrant une teinte jaunâtre, les pommettes rouges et injectées. Céphalalgie, vretiges, peau chaude, halitueuse, pouls dur, à 25 au quart. Toux sèche, fréquente, douloureuse. Matité à gauche, en avant au dessous du sein, en arrière dans les deux tiers inférieurs. Râles crépitants très audibles et très étendus, souffle aqueux, égophonie. Huit inspirations au quart; crachats séro-muqueux, adhérents au vase, légèrement rouillés. Langue blanche, humide, pas de selles. — Trois saignées de 12 onces; douze ventouses scarifiées sur le côté malade; trois grains d'émétique; diète; boissons délayantes.

Le 29, plus de céphalalgie, peau chaude, pouls à 22 au quart, sang des trois saignées et des ventouses très couenneux; plus de point de côté; respiration à cinq au quart, crachats rouillés. Langue légèrement collante.—Diète, émétique.

Le 30, pouls normal, trois inspirations au quart, crachats séro-muqueux; matité beaucoup diminuée. Appétit. On commence à nourrir le malade.

Sortie le 21 mai 1851.

Pleuro-pneumonie.

Obs. V.—Walder, âgé de 17 ans, tempérament lymphatico-sanguin, entre à l'hôpital le 21 février 1851. Il est malade depuis la veille, et se plaint d'un point de côté.

Le 22, à la visite, face rouge, vultueuse, yeux injectés, lèvres sèches; céphalalgie, vertiges, insomnie. Peau terreuse, sèche, brûlante; pouls dur, résistant, à 25 au quart. Huit inspirations au quart, toux douloureuse, pénible, crachats rouillés, adhérents au vase. Matité à la partie supérieure du côté gauche du thorax; au même endroit, râles crépitants et retentissement de la voix. Langue large, rosée, humide; selles régulières. — Deux saignées de 12 onces; trois grains d'émétique.

Le 23, face rouge, offrant une teinte jaunâtre autour des lèvres, du menton, du nez; sommeil interrompu, agité. Peau chaude et sèche, pouls à 22 au quart. Caillots des deux saignées volumineux, un peu rétractés; celui de la première présente une légère pellicule couen-

neuse, celui de la seconde une couenne bien formée et assez épaisse. Six inspirations au quart; le point de côté continue; crachats rouillés, adhérents au vase. Matité comme hier; souffle égophonique vers la partie supérieure du côté gauche. — Saignée de 12 onces; douze ventouses scarifiées sur le côté malade; émétique; diète.

Le 24, la peau du visage commence à blanchir; chaleur normale; pouls à 23 au quart; caillot de la saignée rétracté, recouvert d'une couenne épaisse; rondelles des ventouses couenneuses. Cinq inspirations au quart; toux; crachats visqueux, très peu sanguinolents. Matité et souffle égophonique à la partie inférieure du côté gauche; la partie supérieure est revenue à l'état normal. Appétit, soif, pas de selles. Lavements émollients, émétique; deux soupes au lait.

Sortie le 11 mars.

Dans ces trois observations, nous voyons deux ou trois saignées générales et une ou deux saignées locales, aidées de l'émétique et de la diète, juguler complétement la maladie en 36 à 48 heures de temps. Celle-ci offrait des caractères évidents de gravité dans les observations IV et V. — L'observation III, est remarquable en ce que l'expectoration caractérisque faisait défaut au début, bien que les signes physiques rendissent la nature de la lésion évidente. L'observation V est remarquable en ce que la matité et le souffle égophonique, audibles le second jour au sommet du poumon, l'étaient le lendemain à la base. — N'est-ce pas là un de ces cas où l'épanchement pleural produit au sommet, y a séjourné un certain temps entre les deux lames de la séreuse, et où consécutivement il est parvenu par son poids à les écarter pour tomber dans les parties inférieures de la cavité?

Pleuro-pneumonie double.

Obs. VI. — Vynke, âgé de 20 ans, de tempérament lymphatico-sanguin, entre à l'hôpital le 26 mai 1851. Il est malade depuis deux jours, et se plaint de dyspnée et d'un point de côté à gauche.

Le 27, à la visite, face rouge, principalement aux pommettes, légère teinte terreuse des autres parties. Céphalalgie, vertiges, insomnie, peau chaude et sèche, pouls plein, dur, large, résistant à 28 au quart. Respiration haute, dix inspirations au quart; matité à la partie postérieure et inférieure du côté gauche du thorax, râles crépitants abondants, pas de souffle ni d'égophonie. Toux fréquente et douloureuse; crachats rouillés, adhérents au vase. Lèvres sèches; langue large, humide, rosée; soif; inappétence; pas de selles depuis deux jours. — Deux saignées de 12 onces; douze ventouses scarifiées sur le côté gauche; cinq grains d'émétique; diète; boissons délayantes.

Le 28, le malade a peu dormi: il a beaucoup toussé; cependant il ne ressent plus de douleurs. Pouls large, à 90 à la minute. Caillot de la première saignée volumineux, adhérent au vase, offrant à sa surface une teinte opaline; caillot de la seconde saignée plus résistant, recouvert d'une couenne; rondelles des ventouses séparées, très couenneuses.

— Cinq inspirations au quart ; râles crépitants ; égophonie à la base et en arrière du poumon gauche. — Douze ventouses scarifiées sur le côté ; cinq grains d'émétique ; diète.

Le 29, le malade a bien dormi ; peau chaude et humide, pouls plein, dur, à 23 ; crachats rouillés ; un peu de matité à gauche ; à droite on perçoit quelques râles crépitants peu distincts, un peu d'appétit.—Une saignée de 12 onces, renouvelée le soir ; émétique.

Le 30, le malade est couvert de sueur ; peau chaude ; pouls dur, à 26 au quart ; caillots des deux saignées fortement rétractés ; couenne résistante. Respiration haute ; cinq inspirations au quart, crachats abondants, liquides, rouillés. Diminution de sonorité à la partie antérieure du côté droit ; en arrière, matité plus considérable à droite qu'à gauche. Râles crépitants à droite. Langue collante ; pas de selles. — Saignée de 12 onces ; douze ventouses scarifiées ; lavement émollient ; cinq grains d'émétique ; diète.

Le 31, il a assez bien dormi ; il n'a ni céphalalgie, ni vertiges ; facies amélioré ; peau chaude et humide ; pouls large, plein, à 16 au quart ; caillot rétracté, résistant, couenneux. Plus de point de côté ; quatre inspirations au quart ; crachats non mêlés de sang. Poitrine sonore à gauche ; un peu de matité à la partie inférieure du côté droit, tant en arrière qu'en avant ; râles sous-crépitants au même endroit. Appétit. — Alimentation légère.

Convalescence le 1er juin ; sortie le 16.

Comme on le voit, au bout de deux jours de traitement, la pleuro-pneumonie gauche était abattue ; mais alors immédiatement s'en déclara une à droite. Celle-ci n'exigea pas plus de 36 heures, de façon qu'en quatre jours le malade a parcouru complétement deux pleuro-pneumonies successives. L'explication donnée par M. Lebeau de l'action de la saignée fait fort bien concevoir comment ce moyen thérapeutique n'a pas empêché le développement de la seconde maladie. La saignée agit par dérivation, en changeant le cours du sang, et non par déplétion, en diminuant sa masse. Efficace contre une inflammation existante, elle doit donc être impuissante à prévenir une inflammation à venir.

Pleuro-pneumonie avec phénomènes de périodicité.

Obs. VII. — Van den Broeck, âgé de 29 ans, de tempérament lymphatico-sanguin, entre à l'hôpital le 26 mai 1851. — Depuis quatre jours il éprouve une céphalalgie intense, des vertiges, de l'insomnie, de la toux, et un violent point de côté à droite.

Le 27, à la visite, face pâle, terreuse, jaunâtre, sauf aux pommettes qui sont fortement injectées. Céphalalgie tellement violente que le malade veut sortir de son lit, vertiges, insomnie, pas d'épistaxis. Peau chaude, injectée, couverte de sueur ; pouls plein, dur, à 28 au quart. Toux fréquente, saccadée, surtout pénible lorsque le malade s'assied, expectoration nulle, dyspnée intense. Matité à droite et en arrière au dessous de l'angle de l'omoplate, râles crépitants et souffle égophoni-

que. Langue blanche au centre, rouge à la pointe; soif, inappétence, pas de selles depuis quatre jours.—Trois saignées de 12 onces ; quatre grains d'émétique; diète; boissons délayantes.

Le 28, face colorée, yeux brillants, larmoyants, céphalalgie intense. Peau chaude, moite; pouls dur, dépressible, à 25 au quart; caillots des trois saignées volumineux, couenneux. Toux fréquente, très douloureuse, crachats rouillés. En avant, matité et râles crépitants à deux travers de doigt au dessous du sein droit, en arrière, matité à la partie inférieure du côté droit, souffle égophonique à l'angle inférieur de l'omoplate. Diminution de sonorité et quelques râles crépitants en bas et en arrière du côté gauche. Rien du côté des voies digestives. — Le malade dit que les saignées l'ont chaque fois soulagé.—Saignée de 12 onces, cinq grains d'émétique.

Le 29, le malade se trouve mieux ; facies bon, plus de céphalalgie. Peau sèche, pouls fréquent, dur, caillot de la saignée volumineux, rétracté, légèrement couenneux. Sonorité normale à gauche ; état du poumon droit comme hier. — Douze ventouses scarifiées ; saignée de 12 onces ; cinq grains d'émétique.

Le 30, face grippée, céphalalgie, insomnie, peau chaude et sèche; pouls dur, 27 à 28 au quart ; caillot de la saignée très volumineux, élastique, recouvert d'une couenne rougeâtre; sang des ventouses offrant les mêmes caractères. Signes physiques comme hier. Ventre douloureux. Hier dans la journée, le malade se trouvait mieux. — Diète.

Le 31, insomnie, délire nocturne, peau chaude, couverte de sueur, pouls mou, à 25, toux rare, respiration à peu près normale, plus de matité en avant, plus d'égophonie. Le malade a été très bien hier ; il y a eu exacerbation pendant la nuit; il y a donc périodicité évidente qui doit tendre à perpétuer la maladie. Cette idée est confirmée par la sueur abondante dont le malade est couvert. Six grains de sulfate de quinine: aliments légers.

Le 1er avril, sommeil bon, pas de douleurs, peau modérément chaude, pouls dépressible, à 22 au quart, toux rare. Le malade se lève plus facilement. La sonorité reparaît à la partie postérieure du thorax. Continuation.

Le 2, transpiration moins abondante que les jours précédents ; sommeil bon, peau, pouls et respiration à l'état normal.

Les jours suivants, la convalescence se confirme ; la face est bonne, mais le pouls est vibrant et il y a un bruit de souffle au cœur et à l'aorte. Il y a donc anémie ; M. Lebeau prescrit les pilules de Blaud jointes à une alimentation appropriée.

Pleuro-pneumonie avec phénomènes périodiques.

Obs. VIII.—Lepic, âgé de 21 ans, entre à l'hôpital le 3 avril 1851. Il est malade depuis trois jours, et se plaint d'un point de côté à droite.

Le 4 avril, à la visite, face rouge, jaunâtre sur les côtés; yeux injectés; peau brûlante ; céphalalgie et vertiges. Pouls à 26 ; neuf inspirations au quart; matité du côté droit, en avant au dessous du sein, en arrière au dessous de l'angle de l'omoplate ; râles crépitants et égophonie ; toux fréquente, crachats rouillés. Langue sèche, anorexie, soif, pas de selles.—Trois saignées de 12 onces ; 12 ventouses scarifiées sur le côté droit; diète ; boissons délayantes.

Le 5, facies bon, céphalalgie, insomnie, peau chaude et sèche, pouls à 22. Caillots des trois saignées volumineux, résistants, recouverts d'une couenne beaucoup plus épaisse dans les deux dernières que dans la première. Sang des ventouses offrant des rondelles séparées et couenneuses. Le malade déclare avoir ressenti un grand soulagement à la suite de chaque saignée. Toux fréquente, douloureuse; sept inspirations au quart ; expectoration muqueuse, blanche, adhérente au vase. Matité beaucoup diminuée, surtout en avant; on entend de gros râles muqueux et de l'égophonie. Langue large et humide; gencives sèches et brunâtres.—Dix ventouses scarifiées sur le côté ; émétique ; diète.

Le 6, peau chaude, pouls à 22, rondelles des ventouses séparées et couenneuses, toux peu fréquente, non douloureuse; la matité est diminuée.—Dix sangsues sur le côté; diète; émétique.

Le 7, céphalalgie, insomnie; le point de côté est revenu; peau chaude, sueurs profuses; pouls dur, plein, à 30 au quart. Respiration haute et saccadée, 6 à 10 inspirations au quart ; crachats abondants, rouillés, mêlés d'un fluide séreux ; matité complétement revenue ; souffle égophonique et égophonie très intenses. Dents fuligineuses, langue blanche, collante, ventre douloureux. — Suspension de l'émétique; deux saignées de 15 onces.

Le 8, facies meilleur, sommeil bon, plus de point de côté, peau couverte de sueur, pouls à 27 au quart ; caillots des deux saignées volumineux, très durs, élastiques, recouverts d'une forte couenne. Toux grasse, non douloureuse, huit inspirations au quart ; expectoration abondante, sanguinolente, adhérente au vase. Une selle solide. — Le malade semble affaissé.—Cette recrudescence survenue brusquement sans cause connue, accompagnée de sueurs abondantes et suivie d'un amendement rapide, font penser à M. Lebeau qu'il doit y avoir là une névrose périodique. En conséquence, il prescrit six grains de sulfate de quinine.

Le 9, plus de douleur, peau moite, pouls large et plein, 22 à 23 au quart. Expectoration séro-muqueuse avec quelques stries sanguinolentes ; la matité a diminué. Langue humide, appétit, ventre normal. — Vésicatoire sur le côté droit; six grains de sulfate de quinine ; lait coupé.

Le 10, facies meilleur, sommeil bon, pouls à 21 au quart, six inspirations; toux rare, expectoration séro-muqueuse; le côté droit a évidemment diminué de volume. On trouve encore de la matité à deux

travers de doigt au dessous du sein droit. Ventre normal, soif, appétit.—Continuation ; bouillon et deux soupes au lait.

Le 11, sommeil bon; un peu d'abattement ; peau moite ; pouls à 23 ; six inspirations au quart. Poitrine complétement sonore en avant; en arrière encore de la matité et de l'égophonie.—Langue blanche au milieu, rouge à la pointe ; soif ; appétit ; une selle solide.—Plus de sulfate de quinine.

Le 12, pouls à 22 ; cinq inspirations au quart ; encore un peu de matité et de souffle ; le malade se trouve d'ailleurs parfaitement bien.

Sortie le 31 mai.

Comme on le voit, ces deux cas se sont terminés aussi heureusement que les précédents. Toutefois, le traitement antiphlogistique seul n'aurait pas suffi ; malgré lui ils se seraient aggravés, si l'on n'avait reconnu l'influence périodique combinée à l'inflammation. Cette influence reconnue a cédé aussitôt au moyen qu'on est accoutumé de lui opposer. — En eût-il été de même si l'on se fût confié à l'expectation ?

Les cas précédents, choisis parmi les plus graves qui se sont présentés, prouvent suffisamment la valeur de la méthode adoptée par M. Lebeau. Ils prouvent aussi que les paroles qu'il a prononcées à l'Académie ne peuvent en aucune façon être taxées d'exagération, et qu'elles sont bien l'expression des faits.

(*Presse médicale.*)

MÉMOIRE SUR LES EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DU TANNIN ENVISAGÉ SURTOUT AU POINT DE VUE DE SES APPLICATIONS EN OPHTHALMOLOGIE ;

par Fr. Hairion, médecin.

(Suite : *voir* le n° de septembre 1851, p. 43.)

Nous adressons le même reproche à la *pommade* préparée par l'incorporation de la poudre dans l'axonge, ainsi qu'au mucilage tenant en suspension un tannin impur finement pulvérisé, dont Eble Burkard s'est servi dans ses expériences. Le même inconvénient n'existe plus pour la pommade si l'on fait préalablement dissoudre le tannin dans l'eau avant de le mêler à l'axonge , ainsi préparée, la pommade a même sur la solution aqueuse le double avantage d'être moins irritante et de séjourner plus longtemps sur la conjonctive ; mais elle le cède, sous ce double rapport, comme nous le verrons plus loin, au mucilage tannique que nous employons. La *solution aqueuse* peut être légère, forte, saturée ; celle-ci contient un sixième environ de son poids de tannin. A dose plus élevée, l'excès de cette substance se précipite au fond du vase sous forme de magma grisâtre et onctueux. La solution tannique noircit au contact de l'air ; cependant, ce changement de coloration ne paraît pas altérer sensiblement ses propriétés thérapeutiques. Lorsqu'on a employé à sa préparation des produits bien purs et qu'on a soin de la soustraire au contact des matières organiques, elle

peut conserver toute sa limpidité pendant plusieurs mois; mais à la longue elle finit par s'altérer; le tannin subit une espèce de putréfaction, et des champignons s'y développent et s'y multiplient avec une étonnante rapidité. Nous avons conservé dans toute sa limpidité, pendant cinq mois, une solution de tannin au 1/7me dans une bouteille non bouchée; le liquide a pris seulement une légère teinte jaune-brunâtre et on remarquait sur le fond de la fiole quelques rares cristaux d'acide gallique. Un inconvénient commun à toutes les solutions tanniques aqueuses, faibles ou concentrées, de même qu'au magma, c'est-à-dire, au tannin délayé dans l'eau jusqu'à consistance d'extrait liquide, c'est leur contact trop passager avec les muqueuses de l'œil; il y a de plus, de la part des premières, insuffisance d'action dans la plupart des cas, et, de la part des secondes, action irritante, parfois assez prolongée pour nuire à l'efficacité du remède.

Le *mucilage tannique*, dont nous faisons usage, réunit au plus haut point toutes les conditions qui favorisent l'absorption du principe actif et en développent les propriétés curatives, sans avoir au même degré que les préparations précédentes, aucun des inconvénients que nous leur avons reconnus.

Le mucilage tannique, quoique contenant un septième de son poids de subtance médicamenteuse, produit cependant souvent moins d'irritation qu'une solution aqueuse beaucoup moins chargée : on conçoit aisément la cause de cette différence; dans la solution aqueuse, toute l'activité de la quantité de tannin mise en contact avec les tissus malades, s'exerce actuellement et s'épuise à l'instant; tandis que, sous la forme de mucilage, l'action du tannin s'effectue d'une manière lente et successive. D'un autre côté, le contact du mucilage avec la muqueuse oculaire pouvant se prolonger beaucoup plus longtemps que pour aucune des préparations précédentes, voire même pour la pommade que la chaleur des parties fluidifie rapidement, l'absorption du principe actif est rendu par là plus facile, plus complète et, partant, les effets hyposthénisants en sont plus marqués. L'observation suivante prouvera ce que nous avançons et démontrera, en outre, combien est grande parfois l'influence que peut avoir le mode de préparation d'un agent thérapeutique sur son effet curatif. Tous ceux qui ont fait usage du tannin en poudre, en solution plus ou moins concentrée, ou en pommade, en ont proclamé l'inefficacité contre les granulations vésiculeuses. Nous étions arrivé à des résultats à peu près analogues dans nos premiers essais; mais depuis que nous employons le mucilage tannique, nous avons vu souvent ces *produits morbides*, à tous les degrés de développement, céder à l'usage exclusif de ce topique.

M. le docteur Magne, de Paris, dans une lettre adressée à M. le rédacteur en chef de la Gazette des hôpitaux de Paris, en réponse à la note que nous avions transmise à M. l'Inspecteur général du service de santé de l'armée, en date du 28 août 1850, met en doute l'efficacité du tannin sous cette dernière forme, parce que, dit-il, entre tannin et mucilage il y a incompatibilité. Un peu moins de précipitation de la

part de notre collègue, lui eût épargné la peine de nous adresser cette objection et le désagrément de commettre une erreur. L'incompatibilité qu'il signale n'existe pas; et existât-elle, qu'à notre avis elle ne prouverait rien contre l'efficacité du remède.

b.) Doses et mode de préparation. — « Ce qui rend un médicament « précieux, en dehors de la haute action curative qu'il peut posséder « et surtout lorsque ce médicament est applicable au traitement d'un « grand nombre de maladies, c'est la similitude de ses préparations « pharmaceutiques et de sa posologie dans ses diverses applications. « (Dorvault) » Cette heureuse condition caractérise éminemment la médication tannique; la même forme pharmaceutique, les mêmes doses conviennent à la fois dans les diverses maladies oculaires. Depuis plusieurs mois, en effet, nous avons fait usage exclusivement du mucilage tannique, et il nous a paru parfaitement adapté aux nombreux cas qui se sont offerts à notre observation et répondre à toutes les indications.

En voici la formule :

R. Tannin pur 5 grammes.
Eau distillée 20 —
Faites dissoudre dans un mortier et ajoutez :
Gomme arabique 10 grammes.

Mêlez exactement et passez à travers un linge.

Ainsi préparé le *mucilage tannique* est d'un aspect grisâtre, homogène, onctueux, et de consistance syrupeuse,

Ayant entièrement abandonné l'emploi du tannin en poudre et sous forme de pommade, nous nous trouvons dispensé d'en donner ici le mode de préparation.

Pour préparer la solution aqueuse, on fait dissoudre du tannin bien pur dans de l'eau distillée ou bouillie, on fait passer la solution à travers un linge et on la conserve dans une bouteille bouchée, en évitant tout contact avec des matières organiques. La quantité de tannin varie, depuis 1/120 que contiennent les collyres astringents des auteurs, 1/80 et 1/20 qui constituent les collyres à haute dose (*Ann. d'oculist.*, t. XXIV p. 121 et 201), jusqu'à 1/7 environ qui forme la solution saturée dont nous faisons usage.

c.) Mode d'application. — Pour appliquer le mucilage tannique, il suffit d'abaisser la paupière inférieure et d'en toucher la face interne avec un pinceau mou, trempé dans ce topique; le malade tient un instant les paupières rapprochées et pratique quelques frictions avec le doigt sur la paupière supérieure, de manière à étendre uniformément le mucilage sur toute la surface de la muqueuse oculo-palpébrale.

Pour des motifs déjà signalés, nous avons généralement abandonné l'emploi des solutions aqueuses, faibles ou plus ou moins concentrées, en instillation dans l'œil. Mais nous croyons qu'une solution faible au

1/100, par exemple, appliquée en fomentation sur les paupières, peut être utile dans les ophthalmies aiguës. Dans les cas de lésions limitées de la cornée ou de la conjonctive, par exemple : dans la conjonctivite lymphatique et la kératite ulcéreuse, on peut substituer, au mucilage tannique, la solution concentrée qu'on applique au moyen d'un pinceau fin, comme cela se pratique dans les cautérisations des ulcères kératiques par la solution de nitrate d'argent. On voit donc que la médication tannique en ophthalmologie se résume en quelque sorte dans l'emploi du *mucilage tannique* suivant le procédé indiqué plus haut.

§ VI. *Indications et contre-indications.*

Déjà nous avons, dans les paragraphes précédents posé les bases de la médication tannique, et indiqué les cas qui en réclament l'emploi. Nous avons vu que le tannin est en même temps un hyposthénisant dont l'action s'exerce sur les systèmes vasculaire et nerveux, et un coagulant dont l'effet se borne aux produits de sécrétion et aux couches les plus superficielles de l'épithéléon. Comme hyposthénisant, il est indiqué dans tous les états morbides des membranes externes de l'œil, caractérisés par l'hypersthénie sanguine ou nerveuse ; comme coagulant, il est employé avec infiniment d'avantages, soit pour détruire sur place les propriétés irritantes, corrosives ou contagieuses des produits sécrétés par la muqueuse, soit pour prévenir ou pour combattre le ramollissement de la cornée, soit enfin pour recouvrir les ulcérations kératiques ou autres d'une membrane protectrice et accélérer ainsi leur guérison.

Quelle que soit l'acuité de l'inflammation des tissus sur lesquels on applique le mucilage au tannin, nous avons rencontré peu de cas où son contact n'ait pas été toléré d'emblée. Le cas échéant, il faudrait en suspendre aussitôt l'usage pour le reprendre quelques jours après.

Quant à son degré d'efficacité, le mucilage tannique n'est point un remède infaillible, mais nous le considérons comme bien supérieur à tous les topiques qui ont été successivement vantés contre les diverses lésions dans lesquelles nous en avons recommandé l'usage. Il ne faut pas toutefois se faire illusion, et croire qu'il suffise, quand ces états morbides se présentent, d'employer le collyre tannique pour les voir disparaître ? non sans doute : quelqu'avantages qu'ait ce topique, son action ne saurait dispenser le médecin de recourir aux moyens propres à remplir les indications qui peuvent surgir de l'intensité du mal, de sa durée, de ses causes, de ses complications, de l'état du sujet, etc., etc.

§ VII. *Régime hygiénique.*

Une application convenable des lois de l'hygiène doit former le complément indispensable du traitement thérapeutique. Nous attachons, pour notre part, à cette partie du traitement des maladies oculaires, une importance beaucoup plus grande qu'on ne semble généralement

lui accorder. Abstraction faite des soins hygiéniques que la nature du mal, sa durée, ses combinaisons morbides et ses diverses complications peuvent nécessiter, voici le régime auquel nous soumettons les malades de l'institut :

a.) Dans les ophthalmies aiguës : diète plus ou moins sévère, repos au lit, séjour dans des appartements peu échauffés et éclairés d'une lumière douce et uniforme; linge flottant au devant des yeux. *b.*) Dans les ophthalmies chroniques et les altérations organiques qui en sont les conséquences : régime reconstitutif, comprenant l'usage des frictions générales pratiquées avec une brosse rude ou mieux le plus souvent avec un drap grossier trempé dans l'eau fraîche et fortement exprimé; la promenade en plein air, la marche au pas gymnastique, certains travaux manuels, tels que le cirage des salles; l'exposition au soleil, autant que l'état des malades le permet; un régime alimentaire composé de viandes rôties, de boissons amères, légèrement alcooliques; une grande propreté, un large espacement, une ventilation suffisante des salles, etc.

Nous résumons, ainsi qu'il suit, la partie de notre travail relative à l'action thérapeutique du tannin dans les affections oculaires :

1° Nous ne connaissons point d'agent thérapeutique aussi généralement efficace dans les ulcères de la cornée, la kératite vasculaire, la blennorrhée chronique et le pannus que le mucilage tannique.

2° Aucun des topiques préconisés jusqu'ici contre l'ophthalmie de l'armée n'arrête plus promptement et plus complétement la sécrétion de la conjonctive, et ne met par là plus sûrement obstacle à la reproduction de la maladie sur place et à sa diffusion.

3° Seul ou combiné, en certains cas, avec quelques uns des moyens locaux actuellement en usage contre cette maladie, dans les limites qui rendent leur application sans danger; aidé, en outre, d'un traitement général convenablement administré, il nous paraît appelé à donner des résultats auxquels nul traitement n'est arrivé jusqu'ici.

5° *Son usage est exempt de tout danger, de tout inconvénient.*

6° Malgré ces avantages, le mucilage tannique n'est point un spécifique absolu, applicable à tous les cas, guérissant toujours, infaillible en un mot; cette médication a ses limites, elle est subordonnée à certaines règles; elle n'exclut pas l'emploi d'autres moyens ; son application enfin ne dispense pas d'être médecin.

§ VIII. *Observations.*

Dans les paragraphes précédents nous avons étudié l'action physiologique et thérapeutique du tannin; nous avons passé en revue ses nombreuses applications en ophthalmologie; nous en avons indiqué la forme, le mode d'administration, les indications et les contre-indications. Pour terminer notre travail, il nous reste à démontrer par des faits ce que nous avons dit des vertus si éminentes de cet agent thérapeutique.

Ne voulant rien avancer dont nous ne puissions fournir la preuve immédiate, nous ferons abstraction, quoique à regret, des faits remarquables recueillis dans notre pratique particulière. Tous ceux dont il sera question ici ont été observés à l'hôpital militaire de Louvain, dont les salles sont en tout temps ouvertes à MM. les officiers de santé de la garnison et plusieurs fois la semaine aux élèves de l'Université. On sait que cet établissement renferme deux catégories distinctes d'ophthalmiques : les uns, venant des corps de la garnison, entrent à l'hôpital au début de la maladie et le plus souvent pour des affections aiguës ; les autres, envoyés des divers établissements sanitaires de l'armée, ont subi déjà des traitements souvent fort longs, et leur état, plus ou moins grave, les met ordinairement dans le cas d'être proposés pour la réforme ou la pension, après avoir été soumis toutefois à tel traitement, ou avoir subi telle opération qui sont jugés convenables. Les malades de cette dernière catégorie sont les seuls qui soient admis à l'institut ophthalmique de l'armée, fondé et établi à Louvain par disposition ministérielle du 27 octobre 1839.

La garnison de cette ville, composée de 5 escadrons de cavalerie, de 2 batteries d'artillerie, du dépôt du régiment des grenadiers et de la compagnie des sous-officiers sédentaires, formant un effectif de 950 hommes environ, a produit, du 1er juillet 1850 au 1er septembre 1851, 17 ophthalmiques seulement. Pendant le même espace de temps, l'institut en a reçu 153. Si à ces deux chiffres nous ajoutons ceux des malades restant en traitement dans les deux services au 1er juillet 1850, c'est-à-dire, 3 malades pour le premier de ces services et 96 pour le second, nous arrivons à un total de 269 ophthalmiques, dont les 11/12 environ ont été traités par les préparations tanniques.

Les explications dans lesquelles nous sommes entré en parlant de l'action du tannin et de son mode d'application, nous dispenseront de donner ici de nouveaux détails à cet égard.

Qu'on nous permette cependant encore quelques réflexions avant d'aller plus loin ; elles serviront de réponse aux médecins qui ont bien voulu nous adresser des observations sur la partie de notre mémoire déjà insérée dans les Archives. Ainsi que l'indique le titre, le but essentiel de notre travail a été d'étudier les effets physiologiques et thérapeutiques du tannin, et bien que nous nous soyons assez longuement étendu pour faire ressortir les avantages qu'on peut retirer de cette substance dans le traitement de l'ophthalmie de l'armée, il ne pouvait cependant entrer dans nos vues de faire une critique complète de ces moyens ; d'abord, parce que nous nous étions déjà occupé de cette critique en ce qui concerne la cautérisation et l'excision de la conjonctive, l'emploi des pommades, des collyres, etc., et ensuite, parce que entreprendre un semblable travail pour l'acétate de plomb, dernière méthode en faveur, eût été trop nous éloigner de notre but primitif. D'ailleurs, d'autres motifs encore nous engageaient à nous tenir à cet égard dans une certaine réserve. C'est pourquoi nous avons dû nous borner, pour le moment, à signaler les inconvénients de la

méthode nouvelle sans entrer dans aucune explication. Mais que vienne le jour où l'utilité de ce travail nous sera démontrée, et alors nous exposerons nos vues sur le mode d'action de l'acétate de plomb; nous verrons comment l'existence de ce sel au sein des tissus engorgés ou enflammés, prouvée par des analyses chimiques (1), devient un obstacle à leur résolution, et n'en est pas toujours un aux progrès ultérieurs de la maladie; comment cette substance jouant le rôle de corps étranger concourt fréquemment par sa présence à aggraver le mal; comment aussi et par quelles voies la nature parvient à l'éliminer; nous démontrerons enfin par des faits nombreux puisés dans notre pratique, puisés surtout dans celle de nos collègues, de ceux-là même qui ont exalté bien haut les vertus de l'acétate de plomb, que ce remède est *infidèle*, *empirique* et *dangereux*.

Ophthalmie catarrhale aiguë; 7 jours de traitement.

Obs. I.—Maestraeten, Jacques, âgé de 22 ans, soldat au 1er régiment de lanciers, d'un tempérament lymphatico-sanguin, contracte le 8 décembre 1850, en montant la garde, un refroidissement auquel il rapporte l'inflammation qui se manifeste bientôt après aux deux yeux.

A son entrée à l'hôpital, le 12, nous diagnostiquons une ophthalmie catarrhale aiguë au deuxième degré.

Le premier jour nous prescrivons un purgatif salin et deux pédiluves synapisés. Le lendemain, le malade est mis à l'usage du mucilage tannique, à deux applications par jour, jusqu'à guérison. Le 20, il sort de l'hôpital.

Ophthalmie catarrho-rhumatismale très aiguë; 16 jours de traitement.

Obs. II. — Coquaert, Félix, âgé de 21 ans, soldat au 2e régiment d'artillerie, d'un tempérament bilioso-sanguin, entre à l'hôpital le 8 mars de cette année avec une ophthalmie catarrho-rhumatismale très intense des deux yeux.

Prescriptions : saignée générale de 12 onces; nitrate de potasse à

(1) Lorsqu'on examine à l'œil nu une conjonctive qui a été traitée par l'acétate neutre de plomb, on remarque à sa surface et dans son épaisseur un pointillé, ou bien des traînées, des plaques, ou même une couche plus ou moins épaisse d'un gris sale tirant sur le jaune. Soumis aux réactifs des préparations de plomb, des lambeaux de ces tissus ont fourni des quantités très-notables de ce métal. M. Eymael, pharmacien en chef de l'hôpital militaire de Louvain, qui a bien voulu s'occuper de quelques analyses de ce genre, en a découvert même dans des portions très-minimes de conjonctive. Quant à la question de savoir si le plomb se trouve dans nos tissus à l'état d'albuminate ou de carbonate, c'est là un point qu'il importe assez peu au médecin praticien de connaître et dont nous abandonnons la solution aux chimistes expérimentés.

doses élevées et progressives (4 à 12 grammes par jour dans un mucilage).

Le 13, l'inflammation a perdu beaucoup de son intensité, mais la photophobie et les douleurs frontales persistent encore quoique moins prononcées ; le malade est profondément hyposthénisé, il a le pouls petit, à 48 pulsations, les extrémités froides et bleuâtres, il existe à la face interne des paupières inférieures et supérieures des granulations papillaires.

Prescriptions : Teinture de semences de colchique, 10 gouttes trois fois par jour dans un demi-verre de tisane ; localement, mucilage tannique.

Le 20, le colchique est supprimé, et le 24 le malade sort pour reprendre son service. (*La suite à un prochain numéro.*)

(*Archiv. belges de méd. milit.*, août 1851.)

BIBLIOGRAPHIE.

Sous le titre d'*Essai d'antropologie et d'hygiène destiné aux classes supérieures de l'enseignement moyen et aux gens du monde* (1), monsieur J. Santlus, inspecteur et professeur à l'École centrale de commerce et d'industrie de Bruxelles, ancien médecin militaire, membre du Conseil de salubrité publique de Bruxelles, chevalier de l'ordre de l'Aigle blanc de Pologne, etc., vient de doter l'enseignement moyen d'un excellent ouvrage auquel l'auteur, par un excès de modestie, n'a voulu donner que le titre d'Essai. Une revue sommaire de ce livre démontrera qu'il constitue un véritable traité d'antropologie et d'hygiène.

Un mot d'abord sur la forme : dépouillé de tout esprit de pédantisme et de phraséologie, véritables tortures pour le lecteur, l'ouvrage de M. Santlus quoiqu'écrit avec simplicité et sans prétentions, ne manque pas d'une certaine élégance qui ne serait pas désavouée par nos meilleurs écrivains médicaux : un style concis, où la pensée ressort dans toute sa pureté, donne à l'ouvrage une importance notable et en facilite la lecture et l'intelligence.

L'auteur a divisé son traité en trois parties : La première, sous le nom d'*antropologie* ou description de l'homme, initie le lecteur aux notions d'anatomie et de physiologie indispensables pour lui faire comprendre les règles de l'hygiène et leur application.

La seconde, consacrée à l'*hygiène*, trace les règles dont l'observation contribue à fortifier la santé et à maintenir les fonctions de l'âme et du corps dans leur état normal.

(1) Voi. grand in-12°, Bruxelles, 1850, chez Van Buggenhout, 12, rue de Schaerbeek.

La troisième forme un résumé d'*hygiène pratique.*

Dans la seconde partie, avant d'entrer dans l'examen des lois fondamentales de l'hygiène et de tout ce qui concerne la culture du cerveau, du système musculaire et de celle de la vie plastique, l'auteur entre dans des considérations générales sur l'hygiène ; il démontre que l'éducation physique et intellectuelle est une nécessité ; que l'hygiène n'exerce pas seulement de l'influence sur le présent, mais aussi sur l'avenir ; il trace les principes de l'hygiène tirés de la physiologie, il définit la vie intellectuelle et ses deux formes, l'âme et le sentiment; et enfin il applique les principes physiologiques à l'hygiène.

Dans la 3e partie, l'auteur a suivi la classification généralement admise pour l'examen des influences extérieures et il donne des règles pratiques dont l'application est à la portée de tout le monde.

Il s'étend longuement sur chacune des grandes divisions connues sous le nom de *circumfusa* (choses environnantes) ; *applicata* (choses appliquées à la surface du corps) ; *ingesta* (choses ingérées) *excernenda* (matières expulsées) ; *gesta* (actions exercées) *percepta* (impressions reçues par les sens). Il examine la nature et le nombre des choses comprises dans chacune de ces divisions, leur influence sur nos fonctions et les effets qui résultent des excès et des abus de leur usage.

Il termine son ouvrage par un appendice où il passe en revue les différents poisons, leur action sur l'économie et indique les premiers moyens capables de neutraliser leurs effets : quelques planches clôturent le livre.

On ne doit pas oublier que M. Santlus a écrit pour la jeunesse et les gens du monde ; pour ses jeunes lecteurs, il a dû nécessairement distraire du plan de l'ouvrage l'examen de certaines fonctions que des raisons de convenance ne permettaient pas d'y laisser subsister.

Il a compris que cette obligation, très louable du reste, constituait une lacune pour l'autre classe de lecteurs, aussi s'est-il empressé de faire paraître un supplément où tout ce qui regarde la sphère sexuelle est traité avec un talent remarquable.

D.

EXTRAIT

DU

BULLETIN

DE

L'ACADEMIE ROYALE DE MÉDECINE.

ANNÉE 1850-1851. — N° 8.

SÉANCE DU 28 JUILLET 1851. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

Suite et fin : *voir* le n° de septembre 1851.

Il résulte de cet exposé, qu'au-dessous de dix-huit à dix-neuf lignes, l'opération césarienne devient une nécessité pour M. Van Huevel, puisque les cuillers de son instrument ont presque ces dimensions. Eh bien! j'irai plus loin que l'honorable auteur de la méthode, et je dirai que, même avec un bassin de douze lignes, il doit être possible de procurer la délivrance par les voies naturelles, au moyen du céphalotome. Cette proposition paraîtra, sans doute, étrange ; cependant je la crois parfaitement fondée. En effet, si le forceps-scie ne parvient pas, dans certains cas, à détacher le segment crânien postérieur par une première section, M. Van Huevel conseille de l'appliquer une seconde fois et de recommencer l'opération. Cette pratique a ses inconvénients, personne ne le niera, et moi-même, tout le premier, j'en ai fait le reproche à l'auteur ; cependant si l'on considère la gravité de la position, si l'on tient compte des dangers inséparables de toute opération sanglante tardivement tentée sur la mère, surtout dans les hôpitaux, on comprendra qu'il est infiniment préférable de recommencer une fois, deux fois, six fois même l'application de l'instrument afin de diviser le fœtus en autant de portions que l'exige l'étroitesse de la filière pelvienne. Ces applications seront surtout sans inconvénient grave, si les dispositions de l'instrument sont telles, que son introduction soit constamment facile, et n'exige aucune espèce d'effort ou de violence. Or, c'est précisément ce qui doit arriver avec le cé-

phalotome qui glissera, pour ainsi dire, spontanément jusque dans les profondeurs de l'utérus, et ira saisir tête, hanches, épaules, thorax, en un mot, tous les groupes d'organes qui ne franchiraient pas facilement un bassin vicié, si on ne les réduisait d'avance à un volume en rapport avec les dimensions de ce bassin. Que l'on n'aille pas tout d'abord objecter que c'est là de la spéculation théorique, car je répondrais aussitôt que le forceps-scie n'agit pas autrement dans bien des cas où le fœtus mort et ramolli se trouve déjeté dans des positions que j'appellerai *inertes*. Ainsi, j'ai vu un jour la tête et l'épaule saisies par les cuillers de l'instrument qui amputa le bras après avoir divisé le crâne. Pourquoi donc la volonté du chirurgien ne ferait-elle pas, de propos délibéré, ce que le hasard a produit dans cette circonstance particulière? La chose sera d'autant plus facile, je le répète, que le céphalotome est construit de façon à se prêter, même dans les cas extrêmes, à toutes les indications de ce genre, tout en sauvegardant d'une manière certaine les organes de la mère contre l'action de la scie.

Il résulte encore des citations que je viens de faire, que l'on suppose que « un bassin de deux pouces et demi de diamètre *ne peut offrir de* « *difficulté* pour l'introduction du forceps-scie, à moins de difformité « considérable d'une paroi cotyloïdienne !... » Certes, j'admets que la théorie nous dit que des cuillers de quinze à seize lignes passeront sans difficulté à travers un détroit de vingt-cinq lignes, puisqu'il y a un espace suffisant, réservé pour l'épaisseur des parties molles ; mais la pratique vient cette fois encore nous apprendre que les accouchements ne se terminent pas aussi facilement sur le lit de douleur que dans les livres, ou même dans un journal ! Nous en avons eu une preuve manifeste le 1er avril dernier, quand M. le professeur Simon a essayé *tous les moyens possibles* avant de réussir à engager les deux branches de l'instrument. C'est à ce propos que MM. les rédacteurs de la *Presse* dirent que « Les tentatives longues et pénibles pour introduire le « forceps seront toujours évitées, en ayant soin de ne pas forcer les « branches pour les articuler. Si, ajoutent-ils, après avoir introduit la « première branche, on avait glissé doucement la seconde le long de « la face postérieure de l'excavatiou du petit bassin, en la ramenant « ensuite sur le plan latéral de manière à ce que les deux parties de « l'articulation se correspondent, on n'aurait éprouvé aucune diffi- « culté. » Le conseil était bon, sans doute; il était même inspiré par un amour réel de la science, je le reconnais de grand cœur ; mais... il avait quelque chose d'insolite, émanant de jeunes praticiens, et s'adressant à un professeur, chef de service depuis de nombreuses années, et connu pour son adresse et son habileté !... Du reste, il frappait parfaitement à faux, puisque j'avais dit positivement que c'était par ce moyen que M. Simon était parvenu à faire pénétrer et à articuler l'instrument, non pas *sans difficulté*, comme on le supposait, mais bien après des tentatives aussi pénibles que multipliées. Cela nous prouve une fois de plus que *dire* et *faire* sont deux choses tout à fait distinctes.

Je ne crois point m'exposer à l'application de cette antique maxime, en répétant que la plupart de toutes ces difficultés disparaîtront quand on emploiera un céphalotome aussi simple et aussi peu embarrassant que celui que je propose.

Les procédés, comme les instruments, n'ont de valeur réelle que pour autant qu'ils se généralisent, et qu'ils soient adoptés par l'ensemble des praticiens.

Or, une première condition de succès pour les appareils chirurgicaux gît dans la modicité du prix vénal ; il faut qu'ils soient accessibles à toutes les fortunes, qu'ils n'exigent pas de sacrifices trop onéreux de la part de ceux qui désirent se les procurer. Pour arriver à ce résultat, j'ai dû commencer par changer le mode de fabrication adopté pour le forceps-scie ; j'ai dû innover, sans nuire aux qualités essentielles de l'instrument lui-même. La chose n'était certes pas facile ; mais avec un interprète aussi ingénieux, aussi habile que M. Bonneels, il n'y a rien d'impossible, et le résultat a dépassé mes espérances. Cependant je reconnais que, même avec une réduction aussi notable que celle qui est qui est déjà fixée sur le prix ancien du forceps-scie, le progrès n'est pas complet ; nous devons arriver à d'autres chiffres.

La *pièce essentielle* du forceps-scie consiste dans une *gaîne* en argent neuf qui doit abriter les *lames dentées* et la *chaîne*. Cette gaîne, comme je l'ai dit, doit être *incrustée* dans les cuillers par une opération compliquée de ciselure, puis *soudée* pour faire corps avec le tout. J'avais d'abord songé, ainsi que je l'ai précédemment exposé, à faire de ces *gaînes* la partie essentielle de l'instrument, c'est-à-dire, à les loger dans une enveloppe de tôle d'acier, qui eût elle-même été fixée à des poignées articulées comme celle du forceps. Mais ce mode de construction eût nui à la solidité de l'appareil, et outre qu'il l'eût privé de sa puissance d'*extraction*, ce qui n'est qu'accessoire, il l'eût exposé à des dégradations trop faciles ; de sorte qu'il n'eût pas atteint le but que je me proposais. J'ai donc renoncé à cette idée, pour conserver la tige unique en acier battu, comme élément de l'appareil, et me suis décidé à rejeter et *les gaînes préparées d'avance*, et leur *incrustation* dans l'épaisseur des branches, et la *soudure* comme moyen d'union. D'ailleurs, j'avais remarqué que vers l'extrémité du forceps-scie, ces gaînes *font saillie en dehors de l'épaisseur des cuillers*, et présentent un rebord assez prononcé, qui peut devenir l'occasion d'un accident tel que l'appareil sera mis hors de service, si par un choc, une chûte, cette saillie est effacée et vient à fermer le passage à la scie. Je compris donc qu'il fallait trouver un mode de fabrication tout nouveau.

En attendant que le cylindre nous fournisse la simplification la plus parfaite, c'est par une seule opération de maréchallerie que la route de la chaîne a été tracée dans les branches, et que l'on a creusé les sillons destinés à loger les *lames dentées*, puis une platine d'acier a été rivée sur ces rainures pour en compléter les dispositions. Ainsi construit, le *céphalotome* possède autant de force et de puissance que le *forceps-scie*, et comme lui, il peut servir d'agent de *préhension* et d'*extraction* ;

mais, je le répète, j'attache une très mince importance à cette dernière condition, puisque l'évasement de l'ovoïde représenté par la réunion des deux branches articulées, ne sera que bien rarement en rapport avec les dimensions d'un bassin très vicié, et formera, par conséquent, obstacle au passage de l'instrument en masse.

Cette raison m'a déterminé à donner un peu plus de largeur à la capacité de l'ovoïde des branches, et à rapprocher davantage leurs extrémités, c'est-à-dire, le bec de l'instrument. Voici dans quel but : j'ai dit tout à l'heure que dans les viciations graves qui aujourd'hui nécessitent l'opération césarienne, la délivrance serait possible avec le céphalotome, parce que l'on pourrait successivement attaquer tous les groupes d'organes, toutes les régions dont le volume normal se prêterait mal à l'extraction par les voies naturelles. Pour cela il faut que l'instrument puisse les tenir, les fixer, et que dans tous les cas possibles les parties de la mère soient sauvegardées contre les atteintes de la scie. Or, avec l'instrumeut de M. Van Huevel, quand la tête est saisie, il reste, entre le bec des cuillers, un écartement en rapport direct avec le volume de la partie saisie; c'est-à-dire que si la tête est volumineuse, cet écartement sera considérable, tandis qu'il sera moindre, si cette tête est petite. Cependant il peut arriver, comme je l'ai constaté une fois, qu'une petite partie de la tête seulement soit engagée entre les cuillers, et qu'au delà, il ne se trouve rien qui arrête l'action de la scie ou l'absorbe. C'est alors que l'on peut craindre que l'utérus se glisse au devant de la chaîne, qu'un pli de l'organe s'engage entre les cuillers du forceps et reçoive des atteintes profondes. Cela arriverait surtout dans les cas d'*inertie*, ou de contractions partielles de la matrice ; on aurait encore à regretter pareil accident dans le cas où une compression étrangère serait plus forte que la contraction générale de l'organe, et forcerait un point quelconque à s'écarter de la ligne sphérique, de la forme globulaire qu'il affecte lorsqu'il est le siége de contractions actives. En ouvrant un peu l'ovoïde des branches et en rapprochant leur bec, j'évite en grande partie cet inconvénient qui, du reste, n'a jamais occasionné d'accidents jusqu'à ce jour.

D'après ce qui précède, l'on doit commencer à comprendre, je l'espère, que les observations critiques que j'ai formulées sur la méthode de M. Van Huevel n'étaient pas aussi dénuées de fondement qu'on a bien voulu le dire. On doit comprendre également que je ne me suis point borné à de stériles paroles, puisque j'ai immédiatement justifié ma critique par la présentation d'un instrument corrigé. Maintenant il me reste à dire quelques mots de la scie et de ses moyens d'attache.

Dans mes différentes publications, j'ai dit que la scie peut *se briser*, *se tordre*, *se graisser*, et qu'il est dans ses dispositions même une cause permanente de rupture. Je crois avoir justifié ces différentes assertions. Toutefois, comme il est impossible de remplacer la scie à chaîne par aucun autre agent de division, nous sommes trop heureux de la conserver, sauf à modifier les inconvénients que nous ne pouvons faire

disparaître entièrement. L'on comprend, du reste, qu'une scie à chaîne, résultant de l'assemblage de lamelles en acier, juxtaposées d'abord, puis imbriquées et articulées ensuite, de façon à supporter des mouvements *réfléchis* dans le sens de sa flexion naturelle, ne saurait posséder aucune mobilité dans le sens opposé, c'est-à-dire sur son *côté plat*, parce que les articulations des chaînons reposent sur des axes rigides qui ne sauraient se prêter à des mouvements latéraux. Or, ces dispositions étant bien connues, il doit être parfaitement superflu d'ajouter que le plus sûr moyen d'éviter les accidents de rupture ou de torsion, consiste à manier la scie avec une délicatesse extrême, à la déployer avec les précautions nécessaires, et sans jamais l'incliner sur le *côté plat*, enfin à ne lui faire subir aucun effort inutile, si ce n'est dans le sens de sa longueur.

Le point où la rupture de la chaîne *a eu lieu* le plus fréquemment, se trouve à l'union des manches ou poignées, avec l'œillet du premier chaînon. L'exiguïté forcée et le peu de solidité des crochets en est la cause. Pour prévenir cet accident, je n'ai rien trouvé de mieux à faire que de changer le mode de traction de la scie, et de supprimer les deux petits manches en T. Pour les remplacer, j'ai fait construire deux espèces de pinces à ressort et à anneau, dont l'écartement reçoit les deux premières articulations de la chaîne. Sur l'un des mors est pratiquée une raînure de largeur égale à celle de la chaîne, et dans laquelle se trouve un clou ou cheville destiné à s'engager dans l'œillet du premier chaînon et à le retenir. Sur le mors opposé se trouve un trou dans lequel pénètre la tête du clou quand on rapproche les branches de la pince, qui, elle-même, est tenue fermée par une bague mobile, glissant à la surface de l'instrument.

Les dispositions de cette pince sont telles, qu'il est désormais impossible qu'une rupture ait lieu par la faiblesse des points d'attache. La scie pourra se briser sans doute, mais ce ne sera pas entre les mors de la pince. D'un autre côté, en adoptant un anneau au lieu de la poignée en T, la traction se fera avec un seul doigt, et l'on aura la certitude qu'elle sera toujours égale, uniforme sur tous les points de la chaîne, et que, par conséquent, l'on ne créera pas de cause directe de rupture par le fait seul de la fatigue d'un seul côté, ou d'un chaînon plutôt que d'un autre.

On peut encore faire mouvoir la chaîne par un moyen plus simple et qui n'est pas moins sûr. Les petites manches ou poignées en T seraient remplacées par un simple anneau portant sur un point de sa circonférence une tige terminée par un petit *crochet rond* et non *mi-plat* qui serait fixée à l'anneau par un pivot mobile. On comprend l'avantage de cette disposition qui ne permettrait que des tractions toujours directes et préviendrait sûrement la torsion de la chaîne.

J'avais dit dans mon mémoire, que la scie pouvait *se graisser*, et que cet inconvénient serait moins sensible « si la scie à chaînette était « construite différemment, si les dents qui garnissent le côté agissant, « présentaient plus de saillie, et n'étaient point alternées à d'aussi

« courtes distances. » On doit comprendre l'utilité de cette modification. Que la scie articulée d'Aitcken, ait les dents très petites et très serrées, cela se conçoit, puisqu'elle est destinée à agir sur les os les plus compactes des adultes, elle ne doit mordre que légèrement, afin que l'effort de traction ne se trouve pas supérieur à la somme de résistance qu'elle possède. Il n'en est pas de même pour la scie à chaîne qui est exclusivement destinée à diviser les os du fœtus. On sait que pendant les premiers temps de la vie, et surtout pendant la période d'existence intra-utérine, tous les tissus sont doués d'une mollesse remarquable, et que c'est à peine si l'on rencontre çà et là quelques plaques un peu homogènes de substance compacte. La scie qui doit entamer de pareils organes peut donc avoir des dents plus acérées, plus saillantes que si elle devait mordre dans des os saturés de sels calcaires; en outre, comme elle doit aussi diviser des chairs molles, elle sera par cela seul moins sujette *à se graisser, à s'englurer*, que si elle offrait les dispositions ordinaires de la scie d'Aitcken.

Il me reste une dernière observation pratique à formuler. Elle se rapporte non-seulement à la délivrance forcée par le céphalotome, ou par le forceps-scie, mais encore à tous les accouchements laborieux à la suite desquels on doit redouter l'invasion d'accidents phlegmasiques ou autres.

Aussitôt que la délivrance est obtenue, à la suite d'un travail plus ou moins orageux, la généralité des accoucheurs a pour habitude de prescrire de nombreuses injections utéro-vaginales, afin de débarrasser l'organe gestateur des caillots, des débris de cervelle, de placenta, et, en un mot, de toutes les matières dont la décomposition peut donner lieu à la métro-péritonite ou à l'infection putride. C'est une pratique que les auteurs conseillent, et que les accoucheurs adoptent sans avoir bien pesé les conséquences qu'elle entraîne, surtout dans les hôpitaux. Eh bien! je le déclare sans détours, je crois cette pratique *inutile* dans la généralité des cas, et souvent *funeste* dans les hôpitaux.

Elle est ordinairement *inutile*, parce que l'utérus, en se contractant, se débarrasse *spontanément* de tout ce qu'il contient et se suffit à lui-même pour expulser tout corps étranger.

Remarquons bien que le premier soin de tout accoucheur attentif tend précisément vers ce but; ainsi, immédiatement après la délivrance, que fait-on d'ordinaire? On s'assure que le globe utérin se dessine clairement, que la matrice *revient* sur elle-même; et quand il existe de l'inertie, on se hâte de provoquer des contractions efficaces afin de prévenir toute hémorrhagie consécutive. Mais en agissant ainsi, le chirurgien fait précisément ce qui est nécessaire pour expulser tout ce qui peut être resté dans la cavité utérine, et dans ce cas les injections sont parfaitement superflues.

Elles sont dangereuses, en général, parce que le liquide peut s'engager dans les trompes et pénétrer dans la cavité péritonéale, ainsi que M. Pedelaborde en a rapporté des exemples.

Elles sont dangereuses, surtout dans les hôpitaux, parce qu'elles

donnent accès à des principes putrides qui sont transportés par les instruments employés pour l'opération, par le liquide même des injections, et enfin par l'air qui toujours accompagne les substances introduites artificiellement au sein de nos organes. Je crois cette proposition d'autant plus fondée, qu'un auteur allemand a été jusqu'à prétendre que les épidémies de métro-péritonite puerpérale sont généralement provoquées par les étudiants en médecine dont la propreté n'est pas toujours rigoureuse. Livrés à des études anatomiques, ces jeunes gens quittent l'amphithéâtre pour se rendre à la clinique d'accouchements ; ils arrivent encore chargés de miasmes putrides, et déposent le germe de l'infection purulente en touchant les femmes en travail. Cette manière de voir est exagérée sans doute, par cela seul qu'elle est absolue; néanmoins je suis convaincu qu'elle renferme quelque chose de vrai; et je crois que les injections utéro-vaginales, dont on abuse, sont assez souvent une cause d'accidents que l'on éviterait, si l'on renonçait à leur emploi.

« On a préconisé les injections intra-utérines, dit M. Paul Dubois, « dans le but d'éloigner la fièvre puerpérale. Cette opinion se rattache « à ce que l'on croit cette inflammation due à l'absorption de matières « putréfiées. C'est là une erreur, car ces fièvres ne se manifestent « qu'à une certaine époque de l'année; le reste du temps, elles appa- « raissent isolées ; et, en outre, la métro-péritonite puerpérale se « montre ordinairement dans les deux premiers jours qui suivent « l'accouchement. Or, après ces quarante-huit heures, la putréfaction « n'a pas encore lieu. »

C'est donc vouloir combattre une chimère que de préconiser les injections utéro-vaginales pour prévenir l'infection putride, par décomposition de substances qui seraient retenues dans l'intérieur de la matrice. D'ailleurs, en supposant que l'on agisse sagement en lavant une première fois la cavité de l'organe, n'est-il pas évident qu'à l'instant même il se reformera de nouveaux caillots qui reproduiront la même cause morbide, sans que pour cela on songe à recourir indéfiniment au même préservatif? Disons donc que mieux vaut laisser dans l'utérus la légère couche séro-fibrineuse qui échappe aux contractions de l'organe, et constatons que les injections, inutiles dans la plupart des cas, deviennent souvent dangereuses par suite des circonstances dans lesquelles on les pratique.

— M. Marinus : L'Académie s'est occupée, il n'y a pas bien longtemps, d'un instrument proposé par l'honorable M. Didot pour pratiquer l'embryotomie dans les cas d'angustie extrême du bassin, et elle a chargé une Commission, dont je fais partie, d'en suivre l'application, ainsi que de celle du forceps-scie de M. Van Huevel, afin de pouvoir établir une appréciation des avantages respectifs de ces deux instruments. Une semblable Commission a été également instituée à Liége et se compose de MM. Didot et Simon.

Nous avons, M. Seutin et moi, pris notre mission au sérieux, et M. Van Huevel s'est fait un devoir de nous prévenir chaque fois qu'un

cas nécessitant la section crânienne se présentait à la Maternité; nous avons assisté à toutes ces opérations, et, je dois le dire, nous avons constaté l'extrême facilité de l'application de cet instrument, son innocuité et son action merveilleuse.

Il nous resterait à faire des expériences avec le diatrypteur de M. Didot, l'occasion d'en suivre l'application sur le vivant ne s'étant pas offerte.

Aujourd'hui, M. Didot nous présente un forceps-scie auquel il a apporté des modifications, très importantes, selon lui. Sans rien préjuger sur le mérite de cet instrument, je dirai, à cette occasion, et pour être juste, que M. Van Huevel vient aussi, tout récemment encore, de modifier son forceps-scie. Ce perfectionnement porte sur la clef et permet à l'opérateur d'appliquer l'instrument, au besoin, avec un seul aide. M. Van Huevel a également diminué la largeur des cuillers, afin de faciliter leur introduction dans certains cas d'étroitesse du bassin. J'aurai l'honneur de faire connaître ces modifications dans le rapport que je prépare au nom de la Commission.

Je demande à l'Académie de renvoyer le céphalatome de M. Didot à l'examen d'une Commission spéciale, qui serait en même temps chargée de faire une appréciation comparative de cet instrument et du forceps-scie de M. Van Huevel.

— M. le Président : M. Didot ne s'oppose-t-il pas à la proposition de M. Marinus?

— M. Didot : J'accepte cette proposition, mais à une condition cependant : c'est que le forceps-scie de M. Van Huevel sera déposé en même temps que le mien, pour que la Commission puisse apprécier les modifications que j'y ai apportées, modifications qui m'appartiennent exclusivement et que personne ne peut me contester.

— La proposition de M. Marinus est adoptée.

AOUT. 1851.	Baromètre réduit à 0°, à 9 h. du matin.	Température centigrade de l'air, à 9 h. du m.	Extrêmes de la température centigrade. Maxim.	Minim.	Quantité d'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ÉTAT DU CIEL OU ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
	mm.	°	°	°	mm.		
1	754,22	18,1	21,0	13,4	»	NO.	Sombre, pluie.
2	757,43	18,9	22,7	16,5	0,76	NO.-ONO.	Sombre le matin; beau le soir.
3	760,59	20,5	23,6	15,3	»	SO.-N.	Assez beau.
4	761,19	19,5	24,9	14,1	0,13	ONO.-NO.	Superbe.
5	763,66	17,7	26,0	14,9	»	NO.-SO.-N.	Superbe.
6	762,80	15,2	22,3	10,1	»	NE.	Superbe.
7	759,21	18,9	23,7	11,4	»	NE.-E.	Superbe.
8	756,77	21,2	26,5	13,4	»	E.-SE.-ESE.	Beau le matin; couvert le soir.
9	755,52	22,3	26,1	16,1	0,76	ESE.-E.	Très-beau.
10	758,8[illegible]	18,2	27,0	15,3	»	E.-NE.-NNE.	Sombre le matin; très-beau le soir.
11	761,26	18,1	22,5	13,6	»	NNE.-NE.	Sombre le matin; beau le soir.
12	762,00	17,5	22,0	10,9	»	NNÉ.	Beau.
13	759,34	22,4	25,8	13,5	»	NNE-NE.	Beau le matin; orage et pluie le soir.
14	756,75	17,9	27,3	16,2	13,11	NE.-S.-SO.	Sombre.
15	755,98	20,9	24,4	16,1	1,02	SO.-O.	Assez beau le matin; superbe le soir.
16	758,88	18,2	25,1	14,1	»	O.-NO.-NNO.	Beau.
17	756,63	20,3	23,3	16,7	»	NO.-O.-SO.	Beau le jour; orage le soir, tonnerie et pluie.
18	756,80	18,5	23,6	16,1	5,09	O.-SO.-O.	Pluvieux le matin; incertain le soir.
19	765,42	17,9	21,3	11,2	0,13	O.-NO.	Beau.
20	766,52	18,1	21,1	11,5	»	NO-NNE.	Très-beau.
21	761,73	19,7	24,3	13,1	»	NNE.-NE.-E.	Très-beau.
22	759,39	18,5	24,6	14,1	»	E.-SO.	Superbe.
23	756,13	20,9	24,9	15,5	»	SO.	Très-beau; orage le soir.
24	757,19	18,5	27,6	14,4	17,69	SO.-OSO.	Très-beau; forte pluie le soir.
25	758,64	17,7	27,6	13,0	3,56	SO.	Assez beau mais incertain.
26	762,56	17,3	20,4	11,5	3,31	SO.-O.-ONO.	Couvert; averse le soir.
27	756,29	18,3	21,4	14,2	2,29	SO.-S.-SSO.	Beau; pluie dans la nuit.
28	744,65	15,1	22,1	13,5	17,56	SO.	Sombre, pluie; s'éclaircit le soir.
29	749,10	11,2	16,4	9,9	5,22	S.-O.	Sombre et froid; se découvre le soir.
30	754,90	14,7	19,1	8,8	0,51	O.-SO.-NO.	Pluvieux, froid.
31	761,54	14,5	19,2	10,5	4,58	SO.-NO.	Froid, sombre, incertain.

REPRODUCTION ET REVUE

DES

JOURNAUX ETRANGERS.

IV. Pathologie, Thérapeutique et Clinique médicale.

PATHOLOGIE INTERNE.

1. *Ramollissement du cerveau, tumeurs squirrheuses dans cet organe*; par M. Delasiauve, Médecin de l'Hospice de Bicêtre.

(Mémoire lu à la Société de médecine de Paris.)

(Revue médico-chirurgicale, juin 1851.)

Le cerveau est le siége de certaines altérations, chroniques surtout, dont le diagnostic offre parfois de grandes difficultés. De ce nombre, sont les diverses tumeurs, cancéreuses ou autres, qui se forment dans la substance de ce viscère. Inoffensives d'abord, elles produisent plus tard des symptômes plus ou moins graves, dont on méconnaît, presque toujours, l'origine et l'importance. L'art intervient, et l'on s'étonne de l'inutilité de ses efforts; ou si quelque modification favorable se manifeste, bientôt à cette amélioration succède une fâcheuse recrudescence, et le mal progresse par degrés vers une terminaison fatale.

Ces sortes de dégénérations ne sont pas très rares. On les a notamment signalées comme causes de ramollissement cérébral; non que les exemples en abondent dans les traités dogmatiques; au contraire, car nous n'en avons trouvé aucun dans l'ouvrage de M. Durand-Fardel, qui résume pourtant l'ensemble de la science sur cette matière.

Shaw a vu deux cas des tumeurs dont il s'agit. L'une de ces productions, grosse comme un œuf de pigeon, avait son siége en arrière de la protubérance annulaire et comprimait le cervelet; l'autre, plus volumineuse encore, était située dans le même lieu. Aucune n'avait occasionné de lésion intellectuelle ou

était rempli de sérosité transparente. Ce liquide abondait également à la base du cerveau. Le chiasma des nerfs optiques, le tuber cinereum étaient détruits.

Quelle était l'origine de ce ramollissement? Ce n'était point, comme nous l'avions supposé, un caillot sanguin, résultant de la première attaque apoplectique. Au beau milieu du lobe moyen et avoisinant presque la périphérie de l'hémisphère, était logée une tumeur squirrheuse, arrondie, à surface chagrinée, du volume d'un petit œuf de poule ; sa coupe offrait, à s'y méprendre, l'apparence de celle d'une pomme de terre. Ce gros tubercule nageait au centre de la substance ramollie, sans lien sensible avec les parties environnantes. Sa naissance remontait sans doute fort loin. D'après l'assertion de la mère du malade, il y avait douze ans, qu'à la suite d'un bain de rivière, par un temps un peu froid, celui-ci avait commencé à éprouver une céphalalgie dont il n'avait depuis cessé de se plaindre. Les étourdissements, les palpitations, l'irrégularité et la fréquence du pouls doivent être considérés comme un résultat symptomatique de la lésion cérébrale, d'autant mieux qu'il n'y avait aucune altération matérielle au cœur ni aux gros vaisseaux.

Quant à la première apoplexie, n'est-il pas présumable qu'elle était due à une soudaine accumulation de sérosité, analogue à celle que l'on a rencontrée après la mort, et que sa disparition rapide a dépendu de l'énergie du traitement employé? Sauf l'amaurose, naturellement expliquée par la destruction du chiasma des nerfs optiques, ce qui est remarquable, c'est qu'une lésion aussi étendue n'ait en aucune façon compromis l'intégrité de l'intelligence ni la santé générale.

Obs. II. — Les circonstances du second fait ne sont pas moins intéressantes.

Le 14 novembre 1850, est entré dans la deuxième section des aliénés de Bicêtre le nommé Secker, célibataire, âgé de 30 ans. Ce jeune homme, d'une taille élevée, d'une constitution robuste, exerce le métier d'ébéniste. D'après le récit de ses camarades, son caractère est doux, son intelligence vive, son activité et son esprit d'ordre remarquables. S'il boit quelquefois, jamais il ne s'enivre. Il est le soutien de sa mère.

Les renseignements indirects que nous recevons ne permettent pas de préciser l'époque à laquelle remontent les premiers signes de la souffrance. Suivant la relation de ceux qui ont contribué à son placement, sa raison avait toujours été parfaite. Ce n'est que six semaines avant son entrée qu'on l'entendit se plaindre d'une douleur profonde, contusive, insupportable dans la

tête. Il continua néanmoins de travailler, bien qu'à plusieurs reprises il eût rendu du sang par le nez et en eût même craché.

Insensiblement le malaise augmente. Le sommeil devient lourd. Une sorte d'apathie se manifeste. Un matin, enfin, il tombe dans son atelier comme une masse, et reste pendant quelque temps privé de connaissance. Dix sangsues, appliquées à l'anus, ne lui procurent qu'un soulagement passager. De plus en plus, les facultés s'engourdissent ; la suite des idées se perd ; il n'y a plus d'exactitude dans les réponses. Un subdelirium continuel survient, mélangé d'agitations automatiques.

Nous constatons, lors de la première visite, tous les signes d'une prostration prononcée. La face est pâle, grippée ; le regard terne, sans expression. A peine si le malade peut remuer dans son lit. L'intelligence est obtuse. Souvent le malade ne répond pas aux questions qu'on lui adresse, ou il le fait lentement, par phrases monosyllabiques, sans précision, sans enchaînement. Sans cesse, il soulève vaguement la tête, porte çà et là les bras sur son lit. Par moments, il tombe dans une somnolence dont il est difficile de le tirer. Il a encore assez conscience de sa position pour accuser une violente douleur frontale, un profond accablement. La langue est rouge et sèche, la soif vive. Du reste, il n'y a point de fièvre. Le pouls est régulier, la chaleur normale.

Tous ces signes semblent dénoter une encéphalite. Tel est, en effet, le diagnostic consigné sur la feuille d'observations. L'ancienneté du mal, la prostration considérable qui existe, le désordre des idées, rendent le pronostic très grave. Un traitement énergique est mis en usage.

A plusieurs reprises on applique, soit aux oreilles, soit à la nuque, un grand nombre de sangsues ou de ventouses scarifiées. De la glace est entretenue sur la tête pendant plusieurs jours ; puis des applications réfrigérantes moins énergiques. On y joint des sinapismes aux jambes, des purgatifs à l'intérieur, des tisanes et des potions diffusibles.

Sous l'influence de ces moyens combinés, une notable amélioration se manifeste au bout de dix à douze jours. L'engourdissement diminue ; les idées sont plus nettes ; la langue se nettoie ; la céphalalgie cesse. Pendant une quinzaine, la convalescence paraît s'affermir ; le malade se lève et mange. Nous étions dans une sécurité trompeuse.

Vers le 10 ou 12 décembre, son état est un peu moins satisfaisant. Un jour, il est passablement, l'autre, il est plus chancelant. Puis, l'appétit diminue ; le sommeil est troublé ; l'apathie se renouvelle. Derechef, on remarque de la divagation ; et sur-

tout, circonstance du plus fâcheux augure, un obscurcissement de la vue. Tous ces phénomènes vont augmentant ; l'amaurose devient complète, et le malade a repris le lit pour ne plus le quitter. Il succombe le 15 janvier 1851.

L'autopsie justifie, et bien au delà, le jugement que nous avions porté.

Le cerveau remplit exactement la boîte crânienne. Les circonvolutions, pressées les unes contre les autres, semblent hypertrophiées. L'arachnoïde est généralement épaissie, poisseuse, et immédiatement collée à l'encéphale, sans adhérer nulle part avec lui. Très peu de sérosité à la base du crâne. L'hémisphère gauche, sauf un fort piqueté généralisé à tout l'organe, est à peu près intact. Il est loin d'en être de même de l'hémisphère droit, qui est complétement envahi par les produits de l'inflammation. Dans les couches supérieures, on remarque, à côté de portions visiblement indurées, des bandelettes de véritable suppuration. La matière est crémeuse, même verdâtre. Dans les couches moyennes, et à mesure qu'on approche de la voûte du ventricule latéral, on constate un vaste foyer de ramollissement, au centre duquel se trouve une tumeur de la grosseur d'une aveline, arrondie et mamelonnée. La partie la plus externe de la voûte est détruite. Une certaine quantité de sérosité remplit le ventricule. Un ramollissement analogue a envahi l'étage inférieur de ce même ventricule, dont les parois sont réduites à une simple couche corticale. Le corps strié et la couche optique participent en totalité à cette lésion. Leur surface ventriculaire est recouverte d'un magma gélatiniforme que l'on en détache facilement. Une tumeur semblable à la précédente, mais du double plus volumineuse, existe également au milieu de ce détritus. D'autres lésions, plus ou moins dépendantes de celles-ci, s'observent dans différents points.

Le chiasma des nerfs optiques, le tuber cinereum, les nerfs optiques eux-mêmes sont considérablement hypertrophiés. Le névrilème de ces nerfs, ainsi que leur tissu central, sont comme infiltrés de matière cancéreuse, résistante, jaunâtre. Les bandelettes qui continuent le chiasma dans la substance cérébrale, sont augmentées de volume et ramollies. Celle du côté malade est interrompue dans son trajet. La partie correspondante, à son origine, est détruite. Il y a un affaissement marqué, avec diminution de consistance, des tubercules quadrijumeaux. Enfin, à divers endroits de la périphérie, notamment à l'extrémité des deux lobes antérieurs, sont creusées de petites lacunes, renfermant une sorte de tissu aréolaire qui n'est pas sans analogie avec

celui d'anciens foyers apoplectiques. Autour de ces cavernucules, on croit voir la matière cérébrale un peu ramollie. En passant le doigt, on y sent aussi des espèces de brides fibreuses, plus ou moins larges et épaisses, dont le tissu se rapproche un peu de celui de la surface des autres tumeurs et des nerfs optiques, comme si la formation de ce tissu révélait quelque diathèse.

Dans ce cas, comme dans le précédent, la dégénération cancéreuse paraît avoir été le point de départ des autres lésions. A quelle époque s'est-elle formée? quelle en a été la cause? C'est ce qu'il est difficile de dire : d'une part, aucun renseignement n'étant venu accuser les symptômes qui l'auraient caractérisée; de l'autre, la pathogénie de ces sortes d'altérations étant enveloppée encore d'une grande obscurité. Contrairement au premier mal qui était unique, la lésion se composait ici, non seulement de deux tumeurs isolées, mais aussi de plusieurs petits noyaux. On soupçonnerait, dès lors, qu'elle tiendrait, comme nous venons de le dire, à quelque chose de constitutionnel; tandis que l'on pourrait rapporter l'autre cas à une cause traumatique, à quelque coup, par exemple, reçu sur la tête.

La consistance et la texture du tissu de nouvelle formation ressemblaient absolument à celles du squirrhe ou du cancer. Dans les nerfs optiques, plus que triplés de volume, il y avait en même temps comme une infiltration, mélangée de petits pelotons jaunâtres et graisseux.

Chez Secker, la maladie s'est, de bonne heure, manifestée par des désordres cérébraux. Cela n'avait point eu lieu chez le sujet de la première observation qui est mort dans la plénitude de son intelligence. Mais la destruction était beaucoup plus étendue encore, puisqu'elle envahissait la presque totalité de l'hémisphère et qu'il y avait, en outre, une arachnitis généralisée. Il est d'ailleurs à remarquer que la divagation active n'a régné que transitoirement dans le principe. Plus tard, la raison est revenue, et vers la fin il y avait plutôt accablement que délire.

Ces circonstances séparent ces cas des aliénations ordinaires, dans lesquelles les phénomènes intellectuels ne cessent ordinairement de s'aggraver. Ne se rendrait-on pas compte de cette différence par l'état de l'altération cérébrale elle-même, qui, occupant l'ensemble de l'encéphale dans la folie, est, malgré son étendue, circonscrite et partielle dans le ramollissement? Les portions saines suppléent à l'inaction des portions malades.

Obs. III. — Un cas analogue à ceux que je viens de décrire, a été tout récemment constaté par nos honorables confrères

MM. Hervez de Chégoin et Rochard, à l'obligeance desquels j'en dois l'intéressante communication.

M. P..., âgé de 29 ans, avait commencé à éprouver, il y a trois ans, les premières atteintes de son mal. Les symptômes consistaient en une sensation douloureuse de tout le côté droit de la tête, la face comprise. Soumis, tour à tour à l'usage des eaux de Vichy et de l'iodure de potassium, ce dernier seul lui procura un soulagement réel.

Dans le courant de l'été 1849, les accidents s'étant reproduits, M. P... entra dans la maison de santé de M. Rochard, où M. Hervez de Chégoin, son médecin, reprit l'administration du moyen qui avait déjà réussi. L'effet n'en fut pas moins favorable, et M. P..., ayant recouvré toutes les apparences de la santé, alla, quelques mois après, reprendre à Brest son poste d'aide sous-commissaire de la marine.

Rien de particulier ne se passa jusque vers la fin de novembre 1850. Les douleurs, alors, se réveillèrent plus intenses qu'auparavant. Elles s'accompagnèrent surtout d'un engourdissement et d'une faiblesse dans les membres dont le malade fut effrayé. Il revint précipitamment à Paris ; mais cette fois, tout médicament fut inutile. Les crises acquirent, chaque jour, plus de fréquence et de force. Enfin, à la suite d'un paroxysme qui avait éclaté le 10 janvier 1851, sur les neuf heures du matin, une congestion cérébrale mit inopinément fin aux souffrances intolérables du malade, vers les cinq heures de l'après-midi. Jusque-là, du reste, celui-ci n'avait cessé de se lever et de prendre de la nourriture, ni de posséder la plénitude de ses facultés intellectuelles.

Indépendamment des traces que laissent habituellement les coups de sang, on rencontra, à l'autopsie, un ramollissement assez étendu de couleur jaune dans le pédoncule gauche du cerveau, et au centre de la matière diffluente une tumeur encéphaloïde à forme granuleuse, de la grosseur d'une amande.

Dans ce cas, la marche périodique des accidents aurait de quoi surprendre, si l'on ne savait, par expérience, qu'une foule de désorganisations chroniques sont ainsi sujettes à des fermentations plus ou moins prolongées, suivies de périodes d'arrêt et de sommeil.

---

2. *De la gangrène dite spontanée considérée dans ses rapports avec l'artérite chronique ; quelques considérations sur la curabilité et le traitement de cette affection* ; par le docteur ARAN, médecin des hôpitaux.

(L'Union médicale, Nos 109 et 111 ; 13 et 18 septembre 1851.)

Gangrène *spontanée*, gangrène *sèche*, *chronique*, *sénile*, telles sont les dénominations variées et assez impropres données à une maladie dont l'existence n'est que trop certaine et dont nous avons trop souvent des exemples sous les yeux. Cette maladie, qui se manifeste le plus ordinairement sans avoir été précédée d'une cause apparente, ce qui lui a valu le nom de *spontanée* ; qui est bien plus fréquente chez les vieillards que chez les adultes et les enfants, chez lesquels on l'observe cependant quelquefois, d'où le nom de gangrène *sénile* ; qui est souvent caractérisée par un état particulier de dessiccation des parties mortifiées, ce qui l'a fait appeler par quelques auteurs gangrène *sèche* ; qui affecte dans sa marche des allures plus lentes et plus mesurées que la gangrène de cause externe, d'où le nom de gangrène *chronique*, offre des caractères bien tranchés et qui lui méritent une place à part dans le cadre nosologique. Son siége a quelque chose de particulier : c'est le plus souvent aux pieds, sur le dos de l'un des orteils ou sur le côté de l'ongle que l'on voit paraître une coloration d'un rouge brun, qui passe au livide et au noir ; l'épiderme se détache et au-dessous se montre le derme qui offre une couleur rouge foncé ; le mal gagne de proche en proche et s'étend à la totalité de l'orteil, et tantôt celui-ci se momifie en quelque sorte, transformé qu'il est en une matière sèche, noire, raccornie, dure comme du bois ; tantôt les parties mortifiées sont abreuvées de liquides putrides et se détachent en lambeaux comme dans la gangrène ordinaire. Les autres orteils sont à leur tour envahis et de la même façon. Le pied se prend bientôt, et dans quelques cas les jambes et les cuisses sont envahies par la mortification, qui se borne quelquefois d'elle-même, tantôt d'une manière définitive, tantôt et le plus souvent pour quelques jours seulement, pour reprendre de nouveau sa marche et entraîner la mort de l'individu.

Dès les premiers instants de l'apparition de la plaque gangréneuse, la sensibilité est éteinte à son niveau et cette insensibilité se retrouve, à mesure que la maladie s'étend et fait des progrès, non seulement dans les parties noirâtres, brunes, putréfiées, mais encore dans les points occupés par la coloration livide : dès les premiers instants aussi, la température du membre affecté

et surtout celle des parties qui sont frappées de gangrène subit un léger affaissement; les battements des artères sont aussi moins forts que ceux du côté opposé, et il peut même arriver que l'on ne puisse retrouver les battements artériels dans le membre malade. La douleur, nulle dans la partie complétement mortifiée, est ordinairement très vive au-delà, et il est des cas même où les douleurs sont intolérables ; mais ce qu'il y a de plus curieux, c'est que dans certains cas, longtemps avant l'apparition de la gangrène, il peut exister, dans le membre qui va en être le siége, des douleurs vives, des fourmillements qui peuvent induire en erreur ; dans d'autres cas une sorte d'engourdissement et de pesanteur ; dans d'autres cas enfin un simple abaissement de température avec une coloration livide qui rappelle celle des engelures. Quoi qu'il en soit, la maladie reste longtemps locale. Quand les troubles généraux surviennent, ils peuvent être de diverse nature, suivant la cause qui les développe ; le plus ordinairement, c'est la violence des douleurs qui détermine une sorte de réaction fébrile, annoncée par la force et la fréquence du pouls, la chaleur de la peau, l'agitation et même le délire ; mais souvent aussi le malade tombe dans la prostration et ne tarde pas à y succomber.

A quelle cause doit-on rapporter cette forme particulière de gangrène ? Si l'on interroge les auteurs modernes, cette maladie est le résultat immédiat d'un obstacle au cours du sang, qui réside principalement dans les artères, et en particulier de l'artérite. Rien de plus facile à comprendre que la gangrène produite par ce dernier mécanisme. Sous l'influence de l'inflammation des parois des vaisseaux, le sang se coagule à son intérieur, la lymphe plastique s'épanche à la surface de la membrane interne, et bientôt par l'une ou l'autre cause, ou par les deux à la fois, le vaisseau se trouve entièrement oblitéré. Si l'oblitération a son siége trop haut pour que les artères collatérales puissent rétablir la circulation, ou si celles-ci sont oblitérées à leur tour, le sang artériel n'arrive plus jusqu'aux extrémités du membre, et celles-ci périssent comme les tiges d'un arbre auxquelles la sève n'arrive plus.

Mon intention n'est nullement de contester l'influence de l'artérite dans la production de la gangrène spontanée. Le fait suivant en est d'ailleurs un exemple très remarquable, que je demande la permission de placer ici dans tous ses détails, tel qu'il m'a été communiqué par un interne distingué des hôpitaux, M. Falret ; mais ce que je me propose d'examiner dans cette revue, c'est la question de savoir si, dans l'état actuel de la

science, on peut être autorisé à placer toujours le point de départ de ces gangrènes dans un obstacle situé dans le système artériel. Je rechercherai enfin si le pronostic constamment funeste, porté sur cette affection ne pourrait pas être atténué, dans certains cas, par l'emploi d'une thérapeutique rationnelle et énergique.

Au n° 44 de la salle Saint-Ferdinand, était couché, le 22 mai dernier, le nommé Dubernin, âgé de 71 ans. Cet homme, d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin, adonné à l'usage immodéré des boissons alcooliques, avait joui pendant toute sa vie d'une bonne santé, lorsqu'il fut pris, il y a cinq ans environ, d'une attaque subite pendant laquelle il perdit connaissance et qui fut suivie d'une paralysie de tout le côté gauche, d'un embarras considérable de la parole, de l'obtusion des facultés intellectuelles et d'une déviation manifeste de la bouche. La parole revint au bout de peu de jours ; l'intelligence se rétablit petit à petit, et quant au côté paralysé il resta toujours, depuis cette époque, plus faible que l'autre ; mais le malade put néanmoins reprendre son travail et se porta très bien jusqu'au commencement de cette année. On ne remarquait pas qu'il eût la respiration très gênée lorsqu'il montait les escaliers et il n'avait jamais eu les jambes enflées.

Au mois de février dernier, il commença à se plaindre de douleurs dans les jambes ; il accusait souvent de vives douleurs dans l'extrémité des pieds et des talons, des fourmillements, des élancements, des picotements ; et, enfin, deux mois environ avant son entrée à l'hôpital, il fut obligé de se coucher, tant les douleurs devenaient intenses : il ne pouvait supporter le contact d'aucun corps étranger, criait aussitôt qu'on le touchait et avait même le soin de soulever ses couvertures avec un bâton, afin qu'elles n'appuyassent pas sur l'extrémité des orteils.

Tous ces phénomènes existaient déjà depuis près d'un mois, sans phénomène extérieur apparent, si ce n'est un *froid de marbre* des pieds, lorsque l'extrémité du gros orteil du pied gauche commença à devenir rouge, puis violet. Au bout de quelques jours, la même coloration envahit tous les orteils de ce pied, puis ceux du côté opposé. Ce ne fut que deux ou trois jours avant son entrée à l'hôpital qu'apparut, sur la partie interne et inférieure de la jambe gauche, la tache d'un rouge brun que l'on constata à son entrée. Le malade attribuait l'apparition de la coloration bleue de ses orteils à un bain de pied trop chaud qu'on lui avait fait prendre ; mais, d'après ses parents, c'était précisément pour remédier à cette coloration bleue qui existait déjà depuis plusieurs

jours, qu'on lui avait administré ce bain de pied, d'ailleurs *peu chaud*, et dans lequel il avait à peine trempé un instant l'extrémité des orteils.

Le jour de son entrée à l'hôpital, on constata ce qui suit : Le pied droit présentait une coloration bleuâtre et un refroidissement manifeste des orteils jusqu'à leur base ; le reste du pied et de la jambe ofirait une couleur et une chaleur normales ; les orteils étaient encore douloureux au toucher et très sensibles au poids des couvertures, mais la sensibilité et la douleur au simple contact, étaient surtout prononcées sur le reste du pied et de la jambe, au point que l'on ne pouvait y toucher sans faire crier le malade. Le pied gauche présentait des lésions plus avancées ; la coloration bleuâtre avait envahi non seulement les orteils, mais, suivant une ligne oblique, le tiers antérieur du pied, qui était également d'un froid glacial et encore sensible et douloureux ; le reste du pied et la jambe étaient plus douloureux encore au toucher que du côté opposé, et, de plus, le malade disait y ressentir des picotements et des douleurs très vives, surtout dans le talon ; il ne pouvait supporter le plus léger attouchement. La jambe présentait, jusqu'au voisinage du genou, une légère teinte rougeâtre, très peu marquée, qui n'était guère perceptible que par la comparaison avec l'autre jambe et avec le reste du corps. De plus, à la partie interne et inférieure de la jambe, sur la face interne du tibia, existait une tache rouge, elliptique, ayant environ l'étendue de deux pièces de cinq francs superposées, et dont la couleur, plus rouge et moins livide que celle des orteils, tranchait néanmoins vivement sur la coloration rougeâtre à peine marquée du reste de la jambe.

Depuis cette époque, le mal a lentement mais constamment empiré, du côté droit, la gangrène est d'abord restée presque stationnaire, et a très peu augmenté ; du côté gauche, au contraire, au bout de quelques jours, la moitié environ du pied est devenue livide : la tache de la jambe s'est élargie ; tout la jambe est devenue brunâtre, et enfin il s'est formé, dans plusieurs points, des phlyctènes. Le malade se plaint toujours de douleurs extrêmement vives dans les deux jambes, et surtout dans les talons ; il s'agite sans cesse, pousse des cris et des lamentations ; on est obligé de le fixer dans son lit, parce qu'il veut sans cesse se retourner en tous sens. Il a la face ordinairement rouge, le regard brillant, exprimant l'animation et presque l'agitation fébrile ; la respiration n'est pas gênée, et il n'a pas d'accès de suffocation ; il n'y a d'ailleurs ni toux, ni expectoration ; mais l'auscultation du cœur fait percevoir une impulsion très forte et des battements

très irréguliers et très sourds; le pouls est intermittent, fréquent et très irrégulier; il est presque impossible de le compter, tant sont inégaux les intervalles entre chaque pulsation. On ne peut percevoir les battements de l'artère fémorale gauche; à droite, au contraire, il est très facile de les sentir. L'appétit est conservé, et toutes les fonctions s'accomplissent assez bien; le malade est dans l'impossibilité absolue de marcher.

La maladie a ainsi lentement progressé pendant plus d'un mois sans présenter de nouveaux phénomènes; la gangrène, le refroidissement, l'insensibilité, les douleurs, ont successivement remonté vers le genou, surtout du côté gauche, sans que la santé générale en fût pendant longtemps fortement altérée. L'épiderme des orteils, puis du pied gauche, s'est successivement détaché, et les parties mortifiées et noirâtres, situées au-dessous, se sont desséchées et rétractées.

Le 10 juin, l'épiderme de toute la partie inférieure de la jambe gauche était détaché; le derme, situé au-dessous, était complétement noir; ces parties mortes ne présentaient plus aucune sensibilité, mais le malade éprouvait toujours des douleurs atroces dans la partie de la jambe située au-dessus, et toute son attitude exprimait une vive souffrance.

Le 12, les orteils de la jambe gauche présentent un peu de grangrène humide, et répandent une odeur infecte; la partie dorsale du pied est complétement sèche; l'affection est bien limitée au niveau de l'épine tibiale antérieure de la jambe gauche; à droite, elle est limitée à la partie inférieure de la jambe.

Le 17, le malade peut à peine parler; la respiration est stertoreuse; sueur visqueuse; pouls faible; face pâle et très altérée; le malade paraît être à l'agonie.

Le 18, on constate une amélioration légère; l'abattement est toujours considérable; mais le malade peut un peu parler et se faire comprendre. Le genou gauche est devenu luisant, un peu rouge, érythémateux, tendu et gonflé; il est plus douloureux que la jambe, dont les douleurs vives ont cessé. Aussitôt qu'on veut toucher à la jambe, le malade pousse des cris; toute la jambe gauche présente une coloration noirâtre depuis les orteils jusqu'au-dessous du genou; les orteils et l'extrémité du pied sont seuls un peu humides, et répandent une odeur infecte; le reste de la jambe est desséché et rétracté; l'épiderme est tombé partout, excepté à la plante du pied, où il est en voie de séparation. Le pied et la partie antérieure de la jambe peuvent être touchés, sans douleur et sans même que le malade s'en aperçoive; mais il n'en est pas de même de la partie postérieure de la jambe et

du talon, qui sont encore douloureux, et surtout de la partie supérieure au-dessous du genou, qui est plus brune que noire, et qui est sensible et douloureuse au moindre contact. Les battements de l'artère fémorale ne peuvent être perçus de ce côté. De l'autre côté, ils sont toujours très sensibles, et la gangrène est limitée au tiers inférieur de la jambe. Il y a rémission notable dans l'état général du malade.

Le 19, agonie. Le malade ne peut répondre à aucune question ; sueur visqueuse ; contractions spasmodiques dans les muscles de la face ; pouls à peine sensible ; lèvres sèches, noirâtres ; langue très sèche ; respiration bruyante ; abattement général voisin du coma ; en pinçant le bras du malade, on provoque quelques mouvements dans les muscles de la face ; les battements du cœur sont perceptibles à la palpation ; à la pointe, l'auscultation du cœur permet à peine de saisir les bruits ; celle du poumon fait constater des râles muqueux et sibilants en grand nombre. Mort le 19 juin, à deux heures de l'après-midi, après une longue et pénible agonie.

Autopsie le 20, à quatre heures du soir. — Les *veines* des membres inférieurs contiennent des caillots en petit nombre, mous, non adhérents aux parois, en un mot, ne présentant aucune trace d'inflamation ; leur membrane interne n'est pas rouge.

Les *artères* ont une texture plus ou moins altérée dans toute leur étendue, depuis le cœur jusqu'au creux du jarret. La crosse de l'aorte est peu altérée, et ne présente que quelques plaques blanchâtres, et de loin en loin quelques concrétions cartilagineuses, molles, mais pas d'ossifications ; la membrane interne est un peu rouge dans l'aorte pectorale et l'aorte abdominale est parsemée de plaques blanchâtres plus marquées, plus larges et plus saillantes : il en est de même de l'iliaque primitive jusqu'à sa division en iliaque externe et hypogastrique, à gauche ; cette dernière branche est libre ; mais l'entrée de l'iliaque externe est complètement oblitérée par un caillot dur, fibrineux à l'intérieur, noir à l'extérieur, adhérent aux parois du vaisseau (qui est épaissi et rétréci en ce point) par une fausse membrane encore fibrineuse, en voie d'organisation, trace évidente d'inflammation, d'artérite. A partir de ce point, jusqu'au creux du jarret, le vaisseau est complétement altéré dans sa texture ; il est épaissi, dur, cassant, ossifié de loin en loin, il contient dans son intérieur et dans toute sa longueur des caillots, adhèrant de loin en loin par des fausses membranes qui les enveloppent, et qui adhèrent de l'autre côté au vaisseau, dont on ne les sépare qu'en les arrachant, et au-dessous desquelles on trouve la tunique interne

de l'artère rouge et injectée. D'autres caillots, dans l'intervalle de ceux-là, s'enlèvent facilement avec les doigts ou par le lavage, et l'on trouve au-dessous d'eux la membrane interne également rouge, ou bien rugueuse, rude au toucher, et recouverte de petites concrétions osseuses que l'on peut détacher avec l'ongle. Dans ces points, toute l'épaisseur des parois artérielles est plus ou moins indurée ou ossifiée. En résumé, l'artère du membre inférieur est oblitérée, dans toute sa longueur, depuis la naissance de l'iliaque externe, jusqu'à l'extrémité des orteils, et présente des altérations profondes dans son tissu. A droite, l'oblitération ne commence qu'à quatre travers de doigts au-dessous de l'arcade fémorale, au niveau de la naissance de la fémorale profonde, dont le canal est resté libre, ce qui explique comment on percevait de ce côté les pulsations de la fémorale pendant la vie. A partir de ce point, l'état de ce vaisseau est en tous points analogue à celui du côté opposé, et présente les mêmes altérations de tissu.

Le *cœur* est volumineux dans son ensemble, et les parois du ventricule gauche sont un peu hypertrophiées ; pas d'insuffisance aortique ; légère induration aux valvules sigmoïdes ; ossifications plus prononcées à la valvule mitrale, qui est rude au toucher et rétrécie, et qui, vue par l'oreillette, présente de véritables nodosités à son pourtour ; en un mot, il y a rétrécissement peu prononcé de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Rien au cœur droit ni dans les oreillettes, qui contiennent des caillots fibrineux. Le sang est un peu poisseux ; il y a environ une cuillerée de sérosité dans le péricarde.

Les *deux plèvres* contiennent chacune deux ou trois cuillerées de sérosité citrine. Les poumons sains, crépitants, surtout au sommet, présentent en arrière et en bas un peu de pneumonie hypostatique, sont congestionnés, œdématiés, et s'écrasent assez facilement sous les doigts, quoique crépitants et ne tombant pas au fond de l'eau.

Le *foie*, d'un jaune clair, ni hypertrophié, ni atrophié, présente à sa surface, au-dessus de la membrane de Glisson, des vascularisations petites et nombreuses, sa texture intérieure est granulée ; il se déchire assez facilement avec les doigts, et les points déchirés présentent des granulations très distinctes, molles, irrégulièrement déchiquetées, d'un jaune clair et semblables à des pepins de groseille ou de raisin ; c'est l'état granulé, ou premier degré de la cirrhose.

La *rate* est très petite, d'une consistance normale.

Le *rein* droit est sain ; le gauche renferme trois ou quatre pe-

tites masses jaunâtres. L'estomac et l'intestin sont à l'état sain, ainsi que les autres organes.

Le *cerveau* présente à sa surface de la sérosité dans la grande cavité de l'arachnoïde, des membranes épaisses, opaques et fortement soulevées au sommet, par une quantité considérable de sérosité qui leur donne une couleur bleuâtre, opaline, très remarquable ; la pie-mère est variqueuse. La surface du cerveau est à peine ramollie ; les circonvolutions sont saines ; les ventricules contiennent de la sérosité limpide ; à droite, la membrane qui tapisse les ventricules est transparente et affaissée au-dessus de la couche optique et surtout du corps strié, trace évidente d'une apoplexie ancienne. En incisant cette membrane très mince, on trouve au-dessous d'elle la pulpe cérébrale d'un brun-jaunâtre, réduite en bouillie et en putrilage, mais à très peu de profondeur : c'est comme un kyste qui aurait été vidé, et dont la paroi inférieure, formée par la substance cérébrale, est ramollie, et la partie supérieure plissée et affaissée sur elle-même.

Il serait certainement difficile de trouver une observation plus complète et plus concluante en faveur de l'influence de l'artérite chronique dans la production de la gangrène dite spontanée. C'est en quelque sorte une observation-type, un tableau auquel rien ne manque. Au contraire, tout s'y trouve réuni : et les douleurs vives dans les extrémités précédent de beaucoup la mortification ; et le début de celle-ci par un des orteils, son extension graduelle au reste du pied et à la jambe toujours avec des douleurs extrêmement vives dans les parties situées immédiatement au-dessus des points gangrénés ; et l'aspect particulier de dessiccation des parties mortifiées à une jambe, contrastant avec l'humidité de la gangrène à la jambe du côté opposé, et fournissant en quelque sorte la preuve directe du peu de fondement de la distinction nosologique fondée sur la sécheresse ou le ramollissement des parties gangrénées ; et la marche lente et chronique (près de deux mois) ; et la lenteur avec laquelle sont survenus les phénomènes réactionnels ; et à l'autopsie, l'altération, profonde du tissu artériel, aux deux membres inférieurs, épaissi, dur, cassant, ossifié de loin en loin ; et l'oblitération du calibre des artères par des caillots adhérant de loin en loin par des fausses membranes aux parois internes du vaisseau, rugueuses, rudes au toucher, et recouvertes de petites concrétions osseuses.

Peut-être faut-il rattacher à un peu d'artérite aiguë ces fausses membranes d'apparence récente, qui établissaient l'adhérence des caillots ; mais quant à l'artérite chronique, ou du moins à

ce qui porte ce nom (épaississement, indurations, ossifications), les altérations des parois artérielles étaient si profondes, que ce dont on peut s'étonner, c'est que l'oblitération des troncs artériels n'ait pas eu lieu beaucoup plus tôt. Eh bien ! c'est cette circonstance particulière de la lenteur avec laquelle se fait cette oblitération des troncs artériels dans des cas d'altérations aussi profonde des parois artérielles, rapprochée des faits extrêmement nombreux d'ossification des artères, dans lesquels on ne trouve à l'autopsie aucune trace de travail d'oblitération artérielle ; ce sont, en outre, quelques faits dans lesquels la gangrène a été vue avec un simple rétrécissement du vaisseau, avec une légère atrophie du système artériel, comme dans les observations rapportées par M. Léveillé et M. Godin, qui nous portent à croire qu'on a fait une trop large part à l'artérite dans l'explication des gangrènes spontanées, et qu'il faut plus que des ossifications, plus que des ulcérations dans les parois artérielles, surtout si ces altérations sont chroniques, pour déterminer des oblitérations artérielles suivies de gangrène des extrémités.

Ce qui ajoute encore à notre conviction à cet égard, c'est que l'on peut observer, dans des circonstances tout à fait différentes de celles de l'artérite, des gangrènes exactement semblables par leur forme et par leur marche, à celles que l'on rapporte à l'inflammation chronique des artères. Nous ne voulons pas faire intervenir ici comme argument cette forme curieuse et encore bien peu connue de gangrène appelée *gangrène blanche*, qui se montre sous la forme de plaques de deux à quatre pouces d'étendue, d'une teinte rouge assez prononcée, puis un peu pâle, au centre desquels on aperçoit bientôt des taches d'une couleur perlée, blanches ou bleuâtres, qui finissent par se réunir et par constituer une large plaque qui se sèche comme du parchemin. Nous avons eu l'occasion de voir un seul exemple de cette forme de gangrène, dans le service de Blandin, chez une femme dont tout le corps était couvert de cicatrices résultant de la formation de ces plaques disséminées, et il a été impossible de remonter à la cause de cette étrange affection. Mais il nous a été donné d'observer, il y a quelques années, dans le service de M. Honoré, et d'autres ont vu sans doute des faits semblables, une fièvre typhoïde qui a été suivie, dans la convalescence, de la mortification des orteils et d'une partie du pied, avec conservation des battements sur tout le trajet de l'artère, et sans douleur aucune sur ce trajet ; d'un autre côté, les auteurs ont cité, et nous avons vu nous-même, des affections du cœur dans lesquelles la mortifica-

tion des extrémités s'est opérée suivant la même marche que dans la gangrène consécutive à l'artérite.

Sur ce dernier point, nous ne devons pas le laisser ignorer au lecteur, il règne quelque incertitude parmi les auteurs modernes. Les auteurs du dernier siècle étaient fort explicites ; mais la plupart des médecins de nos jours qui ont écrit sur les maladies du cœur, pensent que la gangrène est consécutive à un travail inflammatoire dans des parties distendues par l'œdème et devenues le siége d'une rougeur érisypélateuse. Il est bien vrai que le plus souvent c'est au pourtour des malléoles, sur des points érythémateux ou érysipélateux que l'on voit paraître des phlyctènes ou de larges bulles formées par un épanchement de sérosité transparente ou sanguinolente, au-dessous desquelles la peau presente une teinte rouge foncé ou brune, qui se convertit promptement en une escarrhe d'un jaune sale ou d'un gris cendré, et que la gangrène fait rarement de grands progrès ; mais il est cependant des cas dans lesquels les orteils peuvent être primitivement frappés de sphacèle ; et sans parler du fait consigné il y quelques années par notre regrettable confrère Boudet, dans les *Bulletins de la Société anatomique*, nous trouvons dans un des derniers numéros du *Journal de médecine de Dublin* une observation de M. Power, qui a vu chez un malade les deux pieds frappés d'un sphacèle qui avait commencé par les orteils et qui s'étendait à la jambe. L'autopsie montra un rétrécissement extrême de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, un caillot organisé contenant du pus dans l'oreillette gauche, et *tout le système artériel sain* ; il n'y avait de caillots, et encore non adhérents, que dans l'artère poplitée et dans la tibiale antérieure et postérieure.

Ainsi, voilà des faits bien constatés de gangrène des extrémités, développée comme la gangrène de l'artérite, suivant la même marche, arrivant à la même terminaison, et cela sans qu'à l'autopsie on trouve rien dans les artères. Ces faits ne sont pas unique à beaucoup près, et nous aurions pu y ajouter les gangrènes des extrémités observées dans le typhus, celles qui suivent l'usage du pain fabriqué avec le seigle ergoté et que l'on a rapportées bien à tort à l'artérite. Quelle peut donc être la cause de la gangrène dans ces diverses circonstances.

Cette cause, nous la trouvons dans l'état général et principalement dans l'état des liquides et du sang en particulier. Qui pourrait contester le fait pour la fièvre typhoïde, pour le typhus, pour l'ergotisme, pour les maladies du cœur ? Reste donc le fait des gangrènes dites *séniles*, celles que les auteurs attribuent,

on ne sait pourquoi, à la faiblesse d'une part, tandis que de l'autre ils en font honneur à l'artérite. Il serait ridicule de contester l'influence que peut avoir dans la localisation de la gangrène l'existence d'ossifications, d'indurations des parois artérielles et du rétrécissement dans le calibre artériel qui en est la conséquence. Que les individus placés dans ces circonstances se trouvent dans les conditions d'altération des liquides qui favorisent le développement de la gangrène, et rien ne sera plus facile à comprendre que la mortification des extrémités. Seulement, tandis que dans le premier cas on ne peut s'expliquer la production de la gangrène aux extrémités plutôt qu'ailleurs, que par ce fait bien connu que la circulation est plus languissante et moins énergique dans ces points ; dans le second, chez les individus atteints d'affection chronique des artères, les mêmes circonstances produisent les mêmes effets avec une facilité bien autrement grande ; et, de plus, par suite du passage momentané de l'artérite chronique à l'état aigu sous l'influence de conditions qu'il n'est pas toujours facile d'apprécier, il pourra se faire qu'une oblitération, développée très rapidement dans tout le système artériel du membre, apporte en peu de temps un obstacle complet à la circulation. Enfin, dans l'état d'incertitude où se trouve encore aujourd'hui l'étude des liquides de l'économie, n'est-il pas permis de se demander s'il n'existe pas des conditions particulières dans lesquelles le sang a une disposition remarquable à se coaguler dans les vaisseaux, indépendamment de toute inflammation artérielle ? Les faits récemment observés de coagulation sanguine dans les artères cérébrales et dans les branches de l'artère pulmonaire seraient bien de nature à faire admettre la possibilité de pareilles conditions.

Nous ne nous faisons aucune illusion sur la valeur des hypothèses qui précèdent et nous nous serions borné à faire justice de l'exagération qui place dans l'artérite chronique la cause de la plupart des gangrènes dites spontanées, si notre intention n'eût pas été de faire passer dans le domaine de la pratique les conclusions tant infirmatives qu'affirmatives auxquelles nous sommes arrivé. Quel est celui de nous qui n'a pas été frappé de la banalité du traitement adopté contre les gangrènes spontanées et de son insuffisance dans la plupart des cas ? Sans doute rien de mieux indiqué que l'emploi des toniques et des reconstituans dans le traitement de ces gangrènes des extrémités qui paraissent se lier à une altération profonde de l'économie, et, suivant toutes probabilités, à un appauvrissement du sang; mais en est-il de même des gangrènes spontanées qui se lient directe-

ment ou indirectement à l'artérite, de ces gangrènes dites *séniles*, dans lesquelles, en un mot, on constate un affaiblissement ou même la disparition complète des battements artériels à une assez grande hauteur au-dessus des points frappés de mort ? C'est pour avoir vu employer, sans aucun succès, le traitement tonique dans les cas de ce genre, c'est pour avoir vu gorger pendant des mois entiers de malheureux malades de vin et de quinquina sans autre résultat que d'ajouter aux douleurs intolérables auxquelles ils sont en proie que nous osons élever ici la voix en faveur d'un tout autre traitement. Que ceux qui ont eu à traiter des malades atteints de cette terrible affection regardent et comptent combien ils en ont sauvés par ces moyens, et qu'ils se demandent s'il n'eût peut-être pas mieux valu les abandonner à leur propre sort.

Il est une circonstance dont nous avons été vivement frappé et que les auteurs font figurer dans la description de la maladie, c'est que l'affection reste longtemps locale et que les malades conservent longtemps leurs forces et un état général assez satisfaisant. Une autre circonstance non moins certaine, c'est que la gangrène spontanée de l'artérite n'est pas, comme on pourrait le croire d'après le traitement généralement suivi, une maladie qui appartienne seulement aux personnes d'une constitution affaiblie ou profondément détériorée. La plupart des malades sont des individus adonnés, comme celui de l'observation précédente, à l'abus des boissons alcooliques et à l'usage d'une nourriture substantielle, mais jouissant encore d'une assez grande force et d'une vigueur notable. Pott avait fait, il y a longtemps, la même remarque ; et Jeanroy, qui l'avait observée également sur des malades riches, volupteux et grands mangeurs, en avait voulu même faire une espèce de *gangrène des gens riches*. Pourquoi donc reculer, et ici nous nous adressons à ceux qui font de l'artérite la condition *sine quâ non* de la gangrène, pourquoi reculer devant le traitement rationnel, le traitement indiqué par la nature de la maladie ? Dupuytren n'a-t-il pas obtenu des avantages marqués des saignées générales ? Delpech, M. Bouillaud, M. Cruveilhier n'ont-ils pas donné le conseil de recourir à la fois à la phlébotomie et aux applications de sangsues sur le trajet des vaisseaux, dans les points où il existe de la douleur, réitérées tant qu'il y a de la sensibilié ? Pourquoi ne pas aider la résolution de l'inflammation à l'aide ces cataplasmes émollients des lotions adoucissantes, du repos, d'une diète modérée, des boissons rafraîchissantes ? Pourquoi n'y joindrait-on pas même l'usage de boissons alcalines, dans le but peut-être un peu incer-

tain de fluidifier le sang, dont les propriétés coagulables sont trop prononcées ?

Que si l'état général était une contre-indication à l'emploi des émissions sanguines, ici viendrait se placer le précepte donné par Pott de l'administration de l'opium à assez haute dose, en commençant cependant par quelques grains seulement. Sous l'influence de ce traitement, aidé de topiques adoucissants locaux, ce grand chirurgien a vu les douleurs diminuer rapidement, la gangrène suspendre ses progrès, les parties mortifiées s'éliminer, et la guérison s'achever complétement. Un pareil résultat est bien digne de la méditation des médecins ; et il faut espérer que les errements actuels feront place à une pratique qui, si elle ne guérit pas toujours les malades, a au moins les avantages de n'ajouter rien à leur souffrances cruelles, et de rendre moins sensibles les approches d'une terminaison funeste, souvent inévitable.

---

3. *Études sur la suette miliaire épidémique, et en particulier sur l'épidémie de* 1849 ; par M. J. Guérin.

(Gazette médicale de Paris, N° 37 ; 1851.)

L'Académie a renvoyé à l'examen d'une commission, composée de MM. Dubois (d'Amiens), Mélier, Martin-Solon, Bricheteau et Jules Guérin, une série de communications sur la suette miliaire qui a régné épidémiquement dans plusieurs départements pendant l'année 1849. Ces communications sont loin d'avoir la même importance : rapprochées l'une de l'autre, elles peuvent néanmoins s'éclairer mutuellement, et contribuer toutes plus ou moins à la solution de quelques points encore obscurs de l'histoire de la suette miliaire. Il est même à regretter que la commission, quelque pénétrée qu'elle soit de l'importance qu'il y aurait eu à réunir dans un même cadre tous les documents recueillis sur cette épidémie, soit réduite à ne vous présenter qu'un rapport incomplet ; car vous le savez, messieurs, la suette a régné dans un grand nombre de départements, et ce qui n'est pas moins intéressant à noter, presque partout elle a régné concuremment avec le choléra. Sous ces divers rapports, il eût été on ne peut plus utile d'étudier la maladie sous toutes ses formes, à tous ses degrés, et surtout sous l'influence combinée des latitudes où elle s'est montrée et des traitements qui lui ont été opposés.

Mais pour cela il eût fallu attendre que tous les documents adressés à l'administration eussent été communiqués à l'Aca-

démie. Or, sous le rapport administratif comme sous le rapport pathologique, la suette miliaire semble étroitement liée à la destinée du choléra, et pour l'une comme pour l'autre, l'Académie n'a reçu que très incomplétement et à de longs intervalles les documents relatifs aux deux épidémies. Les seuls qui lui soient parvenus sur la suette, et dont nous avons à vous rendre compte aujourd'hui, sont les suivants :

1° Un travail très étudié et très étendu de M. le docteur Foucart, intitulé : « *De la suette miliaire et de son traitement* ; relation d'une épidémie observée dans plusieurs communes des départements de la Somme, de l'Aisne et de l'Oise, en mai, juin et juillet 1849 » (421 pages) ;

2° Deux notices de M. le docteur Bucquoi, médecin des épidémies : la première intitulée : « *Quelques considérations sur la suette miliaire qui vient de régner dans l'arrondissement de Péronne* » (16 pages) ; — la deuxième intitulée : « *Un mot sur la coexistence de la suette et du choléra ;* » addition à la communication précédente ;

3° Deux rapports officiels adressés à M. le ministre de l'agriculture et du commerce par M. le docteur Caillat, ancien interne des hôpitaux : le premier sur la « double épidémie de choléra et de suette qui a régné à Sésanne (Marne) en juin 1849 » (36 pag. in-f°) ; — le deuxième sur « trois épidémies graves de suette, de choléra et de dyssenterie qui ont régné dans un grand nombre de communes de l'arrondissement de Compiègne pendant l'année 1849 » (128 pages in-f°) ;

4° Une lettre détaillée de M. le docteur Boinet sur « la suette et le choléra qui ont régné dans l'arrondissement d'Épernay, et particulièrement sur les rapports de connexité qui existent entre les deux épidémies » (4 pages in-4°) ;

5° Une première notice de M. le docteur Lachèze sur « l'épidémie de choléra-morbus et de suette qui a sévi dans la commune de Chouilly, arrondissement d'Épernay (5 pages in-f°) ; — une seconde notice du même auteur sur le « choléra et la suette qui ont régné dans la commune de Chemilly-sur-Serein, arrondissement de Tonnerre (Yonne) » (2 pages in-4° et deux grands tableaux) ;

6° Enfin un mémoire de M. le docteur Neucourt, ancien interne des hôpitaux de Paris, sur « l'épidémie de suette miliaire qui a régné dans les villages des environs de Verdun (Meuse) » 42 pages in-f°).

Au seul énoncé de ces différents travaux, l'Académie peut comprendre qu'on a envisagé la suette sous deux points de vue

principaux : en tant qu'épidémie particulière, étudiée dans ses phénomènes propres, et en tant qu'annexée au choléra, et en quelque façon comme satellite du choléra. Pour les motifs déjà indiqués, la commission de la suette n'a pas cru devoir s'occuper du second point de vue, c'est-à-dire de la suette dans ses rapports avec le choléra ; elle aurait craint d'empiéter sur les attributions d'une autre commission, et de risquer de se perdre dans les ténèbres. Elle s'est donc décidée à laisser entièrement de côté la question de savoir si la suette n'est pas une forme, une métamorphose du choléra ; ou bien si les deux épidémies marchent côte à côte pour leur propre compte ; ou bien encore si leurs essences se combinent pour donner lieu à des produits mixtes, émanant de l'une et de l'autre des maladies. Elle a supposé que ces diverses questions, quoique non dépourvues d'intérêt, seraient mieux placées, abordées plus opportunément et étudiées avec plus de fruit dans le rapport général sur l'épidémie cholérique de 1849. Son travail aura donc pour but unique de vous signaler ce qui, dans les communications de MM. Foucart, Bucquoi, Cailiat, Boinet, Lachèze et Neucourt, sera susceptible d'ajouter à nos connaissances sur la suette miliaire épidémique.

L'étude des épidémies, trop peu régularisée jusqu'ici et laissée en quelque façon à l'arbitraire de chacun, n'a jamais rendu les services qu'elle est susceptible de rendre à la science et à l'humanité. Considérées dans leur caractère le plus élevé, les épidémies sont de grandes manifestations d'une seule et même cause, qui imprime un caractère uniforme et profondément marqué à tous ses produits, et ne laisse aux actions étiologiques environnantes qu'une somme d'influence secondaire et limitée. Il résulte de cet antagonisme étiologique au profit de la grande cause épidémique que toutes les individualités morbides d'une même épidémie se ressemblent en général et au principal, et ne diffèrent qu'au particulier et dans les accessoires, au même titre et d'après la même loi que celle qui règle la ressemblance et la dissemblance des êtres organisés. C'est au plus haut point la loi de l'unité dans la variété.

Partant de cette donnée générale, les épidémies sont d'immenses foyers d'observations où l'étendue, le nombre, la diversité des faits, la variabilité de leurs conditions de manifestations, projettent incessamment des lumières sur les problèmes les plus obscurs de la pathogénie. Ce qui ne se voit qu'imparfaitement et par lettres détachées dans les maladies sporadiques, se lit en gros caractères et en mots tout formés dans les maladies épidémiques. En effet, la cause des unes est presque toujours faible,

isolée, partageant son influence avec celle des conditions étiologiques ordinaires, de l'âge, du sexe, du tempérament, de la constitution, de la saison, de la température, etc. De là des produits mixtes, mal caractérisés, difficiles à rapprocher. En un mot, dans les maladies sporadiques, les éléments d'uniformité sont presque également balancés par les éléments de diversité, et les produits sont comme les facteurs. Dans les maladies épidémiques, au contraire, la cause essentielle est une et absolue ; son énergie est telle, qu'elle nivelle tout. En présence de ces grandes manifestations étiologiques, l'esprit n'a presque aucun effort à faire pour embrasser à la fois et saisir dans son ensemble ce que l'observation des maladies ordinaires est obligée de demander aux auxiliaires si utiles d'ailleurs de l'analyse, de la comparaison et de la méthode numérique. Les épidémies sont en quelque façon des généralisations toutes faites, que, dans les maladies sporadiques, l'induction n'obtient qu'à grand'peine et à l'aide de l'observation successive de tous les temps et de tous les lieux. Mais pour tirer tout le fruit possible de ces grandes révélations morbides, pour ne pas se perdre dans les labyrinthes de cette mine d'une richesse et d'une fécondité inépuisables, il faudrait que la science eût des routes tracées ; que les travailleurs eussent des mots d'ordre ; qu'ils harmonisassent leurs efforts vers des buts définis, sinon vers les mêmes buts ; que chaque notion acquise fût le point de départ de la notion à acquérir. Au lieu de cela, que voit-on ? La plus grande divergence dans les vues, les efforts et les moyens. Chacun marche à sa guise et le plus souvent au hasard, sans lumière et sans but, et cette incertitude, cette divergence au point de départ, n'a d'autre effet que de perpétuer l'incertitude, sinon la contradiction parfaite des résultats.

Ces réflexions, applicables à la manière dont l'étude des épidémies est envisagée de nos jours, nous ont surtout été inspirées par l'examen des travaux dont nous avons à vous rendre compte. Chaque auteur a son point de vue, sa méthode, sa théorie, son traitement ; ce que l'un affirme, l'autre le nie. La médication que l'un répudie est presque la panacée de l'autre. On peut dire que c'est là, sur beaucoup de points, l'histoire de la médecine en général. Mais si nos remarques sur la signification des épidémies sont fondées, la différence des observations, la diversité des opinions et l'opposition des résultats devraient moins se rencontrer dans l'étude de la suette miliaire épidémique que partout ailleurs.

La première chose à faire, suivant nous, avant d'aborder l'étude d'une épidémie, serait de s'enquérir de ce que la science

connaît de la maladie. L'épidémie actuelle s'est-elle déjà montrée précédemment, et s'est-elle montrée dans les mêmes localités ? Reparaît-elle avec les mêmes caractères ? Se montre-t-elle sous les mêmes formes et réclame-t-elle le même traitement ? L'observation et l'expérience ont-elles confirmé ou redressé les données précédemment acquises ? N'ont-elles pas révélé des particularités nouvelles, soit pour mieux définir ou mieux traiter la maladie ? — C'était là, suivant nous, la manière de rattacher le présent au passé et de féconder incessamment les acquisitions de l'observation antérieure, à l'aide de l'observation présente. Et, qu'on le remarque bien, il ne s'agit pas ici de la science des livres, de la bibliographie, des recherches si souvent stériles de l'érudition, mais des produits réels de l'observation et de l'expérience, rattachés les uns aux autres, à travers le temps et l'espace, comme les anneaux d'une même chaîne, constituant ce que nous appellerions volontiers la formule historique d'une épidémie.

Sans vouloir improviser ici un tel travail, en ce qui concerne la suette miliaire, essayons néanmoins de poser la série des questions à résoudre pour fonder la notion historique de la suette épidémique, et efforçons-nous, à l'aide des matériaux épars dans chacun des ouvrages renvoyés à notre examen, de jeter les premiers jalons de cette étude scientifique : ce sera le moyen de signaler et d'utiliser tout à la fois des matériaux dont la valeur ne saurait être mieux appréciée que par leur degré d'utilité pour la constitution définitive du point de science auquel ils se rapportent.

Première question. *La suette de* 1849 *ressemble-t-elle à la suette des épidémies précédentes* ?

Sans tenir compte de quelques indications éparses dans les auteurs anciens, tels que Galien et Cœlius Aurelianus, on est généralement convenu de faire remonter la première manifestation non équivoque de la suette épidémique à l'épidémie de 1465. Depuis cette époque jusqu'à nos jours, la maladie a reparu à plusieurs reprises, sous diverses latitudes, avec des formes et surtout une gravité assez différentes pour qu'on en ait fait deux espèces distinctes : la *suette anglaise*, ou suette proprement dite, caractérisée surtout par son extrême gravité et l'absence de toute éruption miliaire, et la *suette des Picards*, dite suette miliaire épidémique, beaucoup moins dangereuse et caractérisée par la présence d'une éruption miliaire très abondante. Les différents auteurs qui se sont occupés de cette maladie n'ont pas approfondi

l'étude des rapports qui peuvent exister entre la suette anglaise et la suette des Picards ; la plupart n'y ont même pas songé. M. Rayer, à qui l'on doit sur cette maladie un ouvrage non moins remarquable par la richesse des faits que par la science de l'érudition, n'est pas éloigné de faire deux maladies distinctes des deux sortes de suette, et de regarder certaines épidémies postérieures comme ayant un caractère mixte, qui tient à la fois de la suette anglaise et de la suette miliaire. A laquelle de ces formes, simple ou composée, se rapporte la suette miliaire observée en 1849 ? Aucun des travaux dont nous avons à vous rendre compte n'a soulevé cette question. Elle n'était pas inutile à examiner cependant ; car de sa solution dépend en grande partie la solution d'une autre question non moins importante, de la valeur des méthodes de curation, s'il est vrai, en effet, que la suette anglaise, semblable au choléra, ait été d'une gravité telle qu'elle se jouât de tous les remèdes, et d'une rapidité si grande qu'elle laissât à peine au malade le temps de recourir à la médecine ; si, d'un autre côté, la suette des Picards a généralement offert assez de bénignité pour guérir d'elle-même, et une marche assez lente pour donner à toutes les méthodes le temps d'intervenir avec une confiance égale, sinon avec une égal succès, on comprend l'importance, au point de départ, d'une étude historique comparative de l'épidémie de 1849, propre à assurer la base du diagnostic et du traitement de la maladie. M. Foucart est le seul qui se soit préoccupé de rattacher l'épidémie dont il avait été témoin aux épidémies de suette antérieures ; mais sa comparaison n'a porté que sur les épidémies de suette miliaire dont il a affirmé plutôt que démontré l'identité, et il n'a rien dit de la suette anglaise. Or quelques mots peuvent suffire pour combler cette lacune.

L'examen comparatif des diverses épidémies de suette anglaise et de suette picarde porte à croire qu'il s'agit au fond de la même maladie, ne différant que par le degré d'intensité. L'absence et la présence de l'éruption miliaire, d'une importance abusive au point de vue nosologique, disparaît devant cette considération étiologique que, dans le premier cas, l'intoxication est telle qu'elle foudroie pour ainsi dire les malades et prévient toute réaction de l'organisme, tandis que, dans le second, elle laisse à l'action éliminatoire de la peau le temps et le moyen de se manifester, comme elle le fait dans toutes les affections fébriles éruptives.

Une étude attentive des cas de suette anglaise, dans lesquels un amoindrissement de l'action toxique a permis au cortége des

symptômes de se produire, montre évidemment que la plupart d'entre eux n'étaient qu'une manifestation exagérée de ceux qu'on retrouve dans les cas les plus accentués de la suette picarde. Les taches rouges qui précèdent l'éruption miliaire, les symptômes de constriction gastrique et de strangulation, les phénomènes nerveux les plus intenses, ont été fréquemment observés dans la suette anglaise. Par contre, l'extrême rapidité de la mort, survenue en deux ou trois heures, l'absence de l'éruption miliaire et même de la sueur, ont, dans quelques cas de suette picarde ou périgourdine, nivelé toute différence; en sorte qu'avec les cas les plus bénins de la suette anglaise, on pourrait établir le type des cas les plus graves de la suette picarde, et *vice versâ*, avec les cas les plus graves de la suette picarde, on pourrait établir le type de la suette anglaise; et si l'on réunissait, dans un tableau méthodiquement dressé, toutes les épidémies de suette observées depuis la fin de quinzième siècle jusqu'à nos jours, il ne serait peut-être pas impossible de présenter la série décroissante des deux types, de manière à montrer la transition insensible de l'une à l'autre. Un tel travail ne serait pas sans intérêt ni sans fruit.

Quoi qu'il soit de cette manière de voir sur laquelle nous n'insisterons pas davantage ici, il eut été utile de rechercher en particulier, dans l'étude comparative du mode d'invasion, des symptômes, de la marche et de la terminaison de l'épidémie de 1849, les traits qui peuvent les faire ressembler, d'une part à la suette anglaise, et de l'autre à la suette picarde. C'était, comme nous l'avons déjà dit, le moyen de donner une base certaine à l'étude diagnostique et à l'appréciation des méthodes thérapeutiques. Sans cela comment prononcer entre la saignée, le quinquina ou l'émétique, qui se sont attribué et s'attribuent encore, chacun de son côté, le privilége exclusif de guérir la maladie et de la guérir toujours? — Or, de l'examen comparatif auquel nous nous sommes livrés, il nous est resté démontré que l'épidémie de 1849, sur quelque point qu'on l'ait observée, est une atténuation de la suette anglaise et la reproduction à peu près identique de toutes les épidémies de suette observées en France depuis l'épidémie de Montbéliard de 1712 jusqu'à nos jours.

En traitant des formes de l'épidémie de 1849, nous aurons occasion de signaler les différences accessoires qui ont pu être remarquées dans les manifestations successives de cette maladie.

Deuxième question. *L'épidémie de* 1849 *a-t-elle reparu dans les localités qu'elle avait précédemment visitées? A-t-elle épargné quelques unes de ces dernières, et en a-t-elle envahi de nouvelles ?*

L'importance de cette question n'a pas besoin d'être démontrée. La prédilection d'une épidémie pour une localité, c'est sa raison d'être, sa cause ; sa disparition d'un théâtre accoutumé, c'est le témoignage de la disparition ou de la neutralisation de sa cause, et son apparition nouvelle dans une localité nouvelle, c'est le développement à nouveau ou l'importation de cette cause. La commission a en vain cherché quelques données précises sur ces trois points dans les travaux soumis à son examen. C'est une lacune regrettable qui témoigne de peu de souci pour les questions élevées de la pathogénie épidémique. Si l'observation moderne ne mérite que des éloges pour les habitudes de précision qu'elle a introduites dans l'étude directe et immédiate de la personnalité morbide, peut-être doit-on lui signaler les inconvénients d'une préoccupation trop restreinte, qui ne serait peut-être pas étrangère à l'indifférence qu'affecte la génération actuelle pour les questions de rapports généraux, plus solubles par l'esprit d'induction que par le scalpel et le microscope. Pour ne pas nous écarter de la question qui nous occupe, de quel intérêt n'eût-il pas été de rechercher depuis combien de temps la suette occupe certains départements, certains points de ces départements ; avec quels changements de saison, avec quels mouvements d'eau et de terrain, avec quelles circonstances météorologiques ou autres, a coïncidé la réapparition de l'épidémie ; quelles ont été ses évolutions dans le temps et dans l'espace ? Ces faits, dont la notion particulière existe à peine à l'état de programme, constitueraient cependant, s'ils étaient généralisés, une branche nouvelle et fort importante de l'épidémiologie : la géographie épidémique.

Troisième question. *La suette de* 1849 *a-t-elle reparu sous les mêmes formes et avec les mêmes caractères que dans les épidémies précédentes ?*

Des six auteurs dont la commission avait à examiner les recherches, trois se sont signalés par une étude approfondie des formes et des caractères de la maladie : ce sont M. Foucart, M. Caillat et M. Neucourt. Le premier surtout a apporté, dans cette partie de son travail, un esprit d'ordre, une clarté, une précision dignes des plus grands éloges. Il est à regretter seule-

ment qu'ayant négligé de faire avant toutes choses un inventaire exact et rigoureux des produits de l'observation antérieure, il n'ait pas suffisamment assuré son point de départ. Sans ce préalable, quel moyen de comparaison a-t-on pour juger de l'identité des diverses épidémies, pour corriger, confirmer ou accroître les produits de l'observation antérieure ? A cet égard, M. Foucart professe très explicitement, dans son travail, un principe que nous ne pouvons nous dispenser de relever, parce que, bien que conforme aux habitudes les plus générales de l'époque, il nous a paru contraire aux bonnes traditions de la science et de l'Académie. « Celui qui veut écrire sur un point particulier de médecine, dit M. Foucart, doit d'abord, faisant *table rase* en quelque sorte de tout ce qu'il a appris, de toute idée préconçue sur le sujet qu'il veut étudier, observer et recueillir des faits, et de leur étude, de leur rapprochement, déduire l'histoire didactique de l'affection dont il s'occupe. S'il a observé avec soin, s'il a vu un nombre de faits suffisants, son histoire, sa description seront exactes, et il aura fait une œuvre originale. » C'est là une grave erreur qui témoigne de la plus fâcheuse tendance scientifique et qui explique la stérilité des efforts des Sysiphes de notre époque. La science est fille du temps et non des individus. On est surpris d'avoir à le rappeler. L'observation d'un fait se compose de deux choses : de la constatation de ce que d'autres y ont découvert avant nous et de ce que nous y découvrons après eux. Dans la véritable acception du mot, observer, c'est découvrir. Voyons donc ce que MM. Foucart, Caillat et Neucourt ont constaté et découvert dans l'étude des formes et des caractères de la suette miliaire de 1849.

L'étude des formes d'une épidémie comprend une multitude de questions d'un haut intérêt, et dont le seul énoncé appliqué à la suette en montre immédiatement l'importance.

Quoique identique au fond à toutes celles qui l'ont précédée, la suette de 1849 a-t-elle revêtu les mêmes formes que ces dernières ?

Pendant le cours de cette épidémie, a-t-on remarqué que la maladie, aux époques différentes de sa durée, ait affecté des formes différentes, en d'autres termes qu'elle ait différé d'elle-même ?

S'est-elle montrée la même dans les différents départements et dans les différentes localités des mêmes départements où elle a paru ?

Enfin, dans la même épidémie, dans la même période, dans les mêmes localités, la maladie s'est-elle montrée sous des formes

suffisamment variées pour qu'on dût en faire des types distincts ?

Aucun des ouvrages envoyés à l'examen de la commission n'a posé explicitement ces questions ; on peut y trouver jusqu'à un certain point des matériaux pour les résoudre ; quelques-unes même y ont été abordées, mais nous devons le dire, sans la généralité de conception, sans cette coordination de vues qui permettent de croire qu'un auteur a dominé son sujet et qu'il en a embrassé toute l'étendue avec le sentiment réel des difficultés qu'il renferme. — M. Foucart est encore le seul qui ait compris jusqu'à un certain point l'importance de ces difficultés. Son travail, remarquable tout à la fois par l'esprit d'observation et de critique, plein d'aperçus originaux, a rencontré bon nombre de points afférents à ces questions ; mais soit précipitation, soit insuffisance de maturité dans la conception du sujet, il ne part jamais nettement de la difficulté à résoudre, ce qui fait qu'il n'arrive jamais explicitement à sa solution.

La question de savoir si la suette de 1849 a revêtu les mêmes formes que les épidémies antérieures a donné lieu à une confusion qu'il n'est pas inutile de faire cesser d'abord. Partant de cette idée, souvent juste, que presque toujours les différences d'observations tiennent à la différence des observateurs, M. Foucart, à l'exemple de beaucoup d'auteurs, n'a pas assez nettement séparé ce qui tient au caractère objectif des faits de ce qui tient à leur caractère subjectif. Quelques personnes, par exemple, considérant la suette comme une affection inflammatoire, avaient cru pouvoir la rapporter à une gastrite ; et pour légitimer cette interprétation, elles s'étaient arrêtées avec préférence sur les phénomènes de gastricité si réels dans la suette, mais d'un caractère si opposé au caractère inflammatoire. Exagérant à son tour, dans un autre sens, cette exagération systématique, M. Foucart en conclut que toutes les épidémies de suette ont revêtu les mêmes formes, et il répète son axiome : « La différence d'observation ne tient qu'à la différence des observateurs. » Avec les seules données acquises de la science, ne serait-on pas fondé à retourner la proposition de M. Foucart, et à dire : L'uniformité des faits ne tient qu'à la manière de voir uniforme des observateurs? A l'appui de l'opinion qu'il soutient de l'identité de formes de la suette dans les différentes épidémies, M. Foucart cite l'identité de formes des différentes épidémies de choléra. Cette induction n'est pas très sévère. On pourrait d'abord, en ce qui concerne le choléra, faire quelques réserves et se demander, suivant le conseil de Montaigne : « Le faict est-il ?» et on objecterait ensuite avec raison à M. Foucart, à M. Caillat

et aux autres auteurs que la suette de 1849, qui est bien au fond la suette anglaise, n'a pas revêtu certainement les formes de cette redoutable épidémie.

Mais que doit-on entendre par les formes d'une épidémie ? C'est précisément ce que M. Foucart ni aucun de nos auteurs ne s'est demandé. La suette comprend un certain nombre de symptômes plus ou moins constants : les prodromes, un état gastrique, des sueurs, une éruption, un sentiment de constriction épigastrique, de suffocation, de strangulation : ces symptômes sont entremêlés de phénomènes plus ou moins importants et variés. La manière différente dont ils se produisent, se dessinent, s'espacent, se succèdent, s'enchaînent, se combinent, durent et se terminent, peut donner à leur ensemble une forme très différente. Ce sont autant de lettres ou de chiffres qui, en restant les mêmes numériquement et isolément, affectent, par leur réunion, une forme et une signification très différentes, suivant leur mode d'arrangement et de combinaison. Il en est de même des symptômes de la suette. Nul doute qu'on ne puisse retrouver dans toutes les épidémies de cette maladie, à peu près tous les mêmes symptômes au point de vue de leur nombre et de leur caractère particulier. Mais dans quels rapports de succession et d'intensité relative, dans quel temps et dans quel espace se sont-ils montrés ? Voilà ce qu'il eût fallu préciser pour conclure à l'identité de formes de toutes les épidémies de suette. L'Académie le remarquera, sans doute, cette discussion n'est pas tellement éloignée d'appréciations pratiques, qu'il faille la regarder, dans l'espèce, comme une de ces généralités plus propres à exercer les esprits qu'à guérir les malades : c'est précisément le contraire.

La question d'identité ou de diversité des formes de la suette miliaire épidémique se résout directement dans une question de thérapeutique. Nous voyons, par exemple, que la suette anglaise ne guérissait par aucun remède ; par contre, nous sommes en présence de trois ou quatre méthodes thérapeutiques qui ont toutes la prétention de guérir tous les malades à l'exclusion l'une de l'autre. Quelque part qu'on fasse à l'exagération habituelle des méthodes exclusives, ne pourrait-il pas se faire ou du moins n'est-ce pas un motif de soupçonner que là où les résultats thérapeutiques ont si fort différé, les formes de la maladie ne sont pas restées absolument les mêmes ? Il est donc permis de faire des réserves à cet égard, et d'engager les observateurs à venir à se tenir sur leurs gardes. Nous y sommes d'autant plus autorisés que déjà plusieurs auteurs avaient pu remarquer des différences notables sous ce point de vue. M. Parot, dans la Dor-

dogne, avait signalé la forme intermittente ou rémittente comme beaucoup plus fréquente que dans les autres épidémies. De là les succès du sulfate de quinine. M. Gaillard (de Poitiers) n'avait-il pas rencontré un certain nombre de cas où l'éruption se répétait plusieurs fois dans le cours de la maladie ? Et, pour nous en rapporter à M. Foucard lui-même, n'a-t-il pas signalé, dans l'épidémie dont il a été témoin, une plus grande fréquence d'états gastriques ? N'a-t-il pas signalé des complications nerveuses dont le caractère exceptionnel aurait pu se généraliser avec la cause qui leur a donné naissance ?

La suette de 1849 est-elle restée la même dans tout son cours ? A l'exemple de presque toutes les épidémies, à l'exemple du choléra, la suette aurait-elle offert une diminution d'intensité telle, que la plupart des premiers cas auraient été mortels, tandis que les derniers auraient à peine offert quelque danger ? C'est ce que MM. Bucquoi, Caillat et Neucourt sont très disposés à admettre. M. Foucart, sans nier qu'il en soit ainsi, croit bien plus à l'influence salutaire des bons traitements et à l'influence nuisible des mauvais qu'à une décroissance aussi méthodique dans l'intensité du mal. Les deux opinions sont vraies jusqu'à un certain point ; mais il eût été utile de montrer quand et comment elles sont vraies, à quels caractères généraux et particuliers on reconnaît que la maladie diminue d'intensité ; car M. Foucart le dit avec raison : « Les cas qui doivent devenir graves débutent à peu près comme ceux qui doivent rester les plus bénins. » Il conviendra donc de chercher à spécifier les indices de la gravité spontanée du mal. Sans cette précaution, les meilleures méthodes seraient exposées à ne pas mieux démontrer leur efficacité que les plus mauvaises, et il arriverait que l'on mettrait sur le compte de la maladie ce qui revient de droit à ces dernières.

Pour résoudre la question de savoir si la suette s'est montrée la même dans les différents départements et dans les différentes localités des mêmes départements, il eût fallu précisément ce qui nous a manqué, des documents comparatifs ; et encore ces documents auraient-ils eu besoin d'être recueillis par les mêmes personnes. On a vu, en effet, des relations de la même épidémie, rédigées d'après les mêmes faits, par deux personnes différentes, conduire à des conclusions scientifiques et pratiques complétement opposées. C'est en cela que l'axiome rappelé par M. Foucart est on ne peut plus fondé. Cependant, si les faits nous manquent pour conduire à une conclusion quelconque à l'égard du point qui nous occupe, l'induction conduit au moins à faire des ré-

serves. Si, comme le prétendent la plupart des auteurs, la suette est surtout une maladie épidémique infectieuse, le degré, la force, la qualité d'infection, ne sauraient être absolument les mêmes dans les différentes localités où la maladie prend naissance. Il faut ajouter que jusqu'ici cette prétendue infection n'a encore que le caractère d'une hypothèse directement contredite par bien des faits. N'a-t-on pas observé indistinctement la maladie à toutes les expositions, sur des collines élevées comme dans des vallées profondes, dans des pays secs comme le long des cours d'eau ? Raison de plus pour demander scrupuleusement aux faits ce que les révélations étiologiques ont refusé de donner jusqu'ici.

Enfin y a-t-il eu lieu de faire, dans les mêmes localités où on l'a observée, des types distincts de la suette ? on avait fait une suette bénigne, une suette maligne, une suette gastrique, une suette nerveuse, une suette hémorrhagique, une suette adynamique, une suette ataxique : toutes appellations commémoratives de certaines prédominances symptomatiques. Mais, ainsi que M. Foucart l'a très bien établi, toutes ces distinctions, plus artificielles que naturelles, ne doivent pas être étendues au delà des cas particuliers qu'elles sont destinées à rappeler. Ce sont autant de transformations des mêmes faits dont l'existence, non contenue dans les conditions étiologiques initiales, révèle bien plus de fâcheuses interventions dans le cours naturel de la maladie que de véritables prédominances morbides. Au nombre de ces interventions, M. Foucart place en première ligne l'influence du mode de traitement. L'abus des couvertures et des saignées doit, suivant cet auteur, avoir la première part dans la production des excentricités symptômatiques de la suette. Nous reviendrons plus loin sur cette opinion, qui n'est pas sans mériter la plus sérieuse attention. Quoi qu'il en soit, M. Foucart nous paraît avoir mieux synthétisé la maladie qu'on ne l'avait fait jusqu'ici. Il a distingué et classé avec un soin extrême, dans l'appareil symptomatique, chaque groupe de phénomènes : les phénomènes gastriques ou prodromiques ; la période d'incubation ou d'état ; les phénomènes d'excrétion cutanée : sueurs, éruption, desquammation, la barre trachéo-bronchique, la suffocation, le hoquet, le délire ; les phénomènes cadavériques : l'état du sang, la tendance putride des cadavres. Son travail, sous ce rapport, est un excellent tableau, fait, avec autant de méthode que de sagacité, de tout ce qui peut se rencontrer dans l'expression symptomatique de la suette. Il a apporté le même soin dans la recherche des variétés du type général. Il a noté et il a observé des suettes sans sueurs, des suettes sans éruption, des suettes à forme in-

termittente et quelques autres anomalies individuelles de moindre importance. Mais il ne lui est pas venu à l'idée de se demander si les variétés qu'il observait très exceptionnellement ne pouvaient pas ou n'avaient pas pu déjà se produire avec le caractère d'une forme typique, ou au moins avec une plus grande fréquence, sous l'influence de conditions étiologiques plus actives et moins exceptionnelles.

Mais une lacune commise aussi bien par M. Foucart que par les autres médecins qui ont observé la suette de 1849, est relative aux maladies consécutives dans lesquelles se résout la suette mal jugée, soit à cause des dispositions idiosyncrasiques, soit à à cause du mode de traitement employé, soit à cause d'influences extérieures de tous les ordres. Or on sait que les maladies épidémiques, telles que la rougeole, la scarlatine et autres fièvres éruptives avec lesquelles la suette a pu être comparée jusqu'à un certain point, laissent souvent à leur suite des maladies chroniques d'un cachet particulier au nombre desquelles nous placerons certaines hydropisies, certaines formes de l'affection tuberculeuse. En est-il de même de la suette ? Des faits particuliers venus à notre connaissance nous portent à le croire. Il y aurait donc un chapitre nouveau à ajouter à l'histoire pathologique de la suette épidémique, lequel n'aurait pas seulement pour but et pour résultat d'enregistrer une nouvelle phase de la maladie, mais de rechercher à quelles influences morbides ces métamorphoses sont dues, et par conséquent, quels moyens il faut employer pour les prévenir et les combattre.

Quatrième question. *Les travaux sur la suette de* 1849, *soumi l'examen de la commission, ont-ils ajouté quelque chose à la caractéristique de la suette ?*

La détermination des formes d'une maladie n'implique pas nécessairement la spécification de ses caractères. La reproduction fidèle, complète des symptômes de la suette dans leur en semble, peut donner sa physionomie, sa forme proprement dite ; mais chacun d'eux, spécifié dans ce qu'il a de propre à cette maladie, en donne seul les caractères. L'état gastrique, la sueur, l'éruption miliaire, la suffocation, la constriction épigastrique, la constipation, composent, dans la suette, un ensemble qui n'appartient qu'à elle. Voilà sa forme. La manière d'être de chacun de ces symptômes, leur pathogénie particulière, leur essence, si l'on peut s'exprimer ainsi, voilà ses caractères. L'étude, à ce point de vue, dans la suette, de l'état gastrique, de la sueur, de l'érup-

tion miliaire, de la suffocation, de la constriction épigastrique et même de la constipation, aurait pour résultat d'assurer à chacun de ces symptômes une valeur, une signification particulières. Des symptômes de la maladie qu'ils sont, ils deviendraient ses caractères ; ce que leur ensemble bien déterminé fait pour la maladie, leurs éléments bien spécifiés le feraient pour chacun d'eux. L'Académie nous excusera d'insister sur cette distinction qui appartient autant à la pathologie générale des épidémies qu'à l'histoire particulière de la maladie qui nous occupe. Mais cette notion est si peu répandue encore que, des six auteurs dont les ouvrages ont été renvoyés à notre examen, aucun ne s'en est pour ainsi dire préoccupé pour fixer les caractères de la suette. En fait, MM. Foucart et Caillat ont décrit avec plus de soin et de précision qu'on ne l'avait fait avant eux, l'éruption miliaire ; mais, loin d'avoir généralisé cette recherche pour tous les symptômes, ils ne lui ont même pas donné, dans le cas particulier, la véritable signification qui lui appartenait. En y regardant de près, cependant, ils auraient vu que là réside le véritable progrès. Ce que le microscope fait aujourd'hui pour l'élément matériel des faits, l'esprit doit le faire pour leur élément rationnel : l'analyse fine et approfondie des choses, c'est le microscope de l'esprit.

Parmi les caractères de la suette qui auraient eu besoin d'être étudiés et approfondis à ce point de vue, nous signalerons exceptionnellement le caractère épidémique, infectieux ou contagieux de la maladie. Les maladies ne sont pas épidémiques, ni infectieuses, ni contagieuses de la même manière : c'est faute d'avoir fait cette distinction que les meilleurs esprits ont souvent été divisés sur les vérités les plus évidentes. En ce qui concerne la question de la contagion de la suette, par exemple, n'était-ce pas le cas de préciser les faits où on a cru les reconnaître, de les analyser, de les comparer avec ceux qu'on attribuait à une autre origine ?

Aucun des ouvrages soumis à l'examen de la commission n'a fait faire un pas à cette question, laquelle n'est pas plus avancée aujourd'hui qu'au quinzième siècle. De part et d'autre, les autorités et les preuves ne manquent pas. Si M. Rayer , par exemple, dont nul ne contestera les habitudes de précision, dit en termes formels : « La suette doit être rangée au nombre des maladies réputées contagieuses, » d'autres, dont l'opinion n'est pas moins respectable, contestent à cette manière de voir toute espèce de fondement. — Dans sa notice sur la suette du Poitou, M. Gaillard (de Poitiers) n'écrit-il pas « qu'il est sans exemple

que la suette se soit transmise par voie de contagion » (Gaillard, p. 47)? — Il en est qui sont d'une opinion mitigée et qui ne savent se résoudre en présence des faits. M. Parrot (de Périgueux), après s'être inoculé la maladie et l'avoir fait reconnaître par les yeux les moins exercés, préfère le doute et écrit que « les éléments capables d'éclairer la question de la contagion sont trop insuffisants ou trop contradictoires pour que l'on puisse résoudre le problème dans un sens plutôt que dans un autre » (Parrot, p. 196). Nous n'avons rien trouvé dans les travaux soumis à notre examen qui puisse aider à faire cesser cette confusion. M. Foucart nie la contagion proprement dite, pour admettre, par analogie avec les maladies éruptives, la transmission infectieuse. Il en est à peu près de même de M. Neucourt : ce médecin voudrait qu'on créât un mot pour exprimer quelque chose qui ne fût ni la contagion ni l'épidémicité absolues. M. Caillat nie plus explicitement la contagion. Les autres ne s'occupent pas de la question. Elle reste, comme on le voit, ce qu'elle était ; si bien que la suette éprouve à peu près le même sort que le choléra, c'est-à-dire que les faits n'y peuvent rien ; que les mêmes preuves servent aux opinions opposées, jusqu'à ce qu'on ait trouvé ailleurs que dans la logique la véritable cause de ces dissidences. C'est ce que nous aurions été tentés de rechercher par rapport à la suette si l'occasion ne devait se représenter bientôt, et d'une manière plus fructueuse, à propos du choléra. Bornons-nous donc, pour ce qui concerne la suette, à déclarer que la question est toujours pendante. M. Caillat seul a fait une remarque qui mérite d'être rappelée. Suivant ce médecin, un long séjour au milieu des pays où la suette s'est montrée serait nécessaire pour être apte à contracter cette maladie. Il a vu, dit-il, un très grand nombre d'étrangers demeurer plusieurs semaines, plusieurs mois au milieu des populations envahies par l'épidémie, et rester tous complétement inaccessibles à ses atteintes. « J'ai donné mes soins, dit M. Caillat, à plusieurs « familles habitant la campagne dans la belle saison et Paris « l'hiver ; elles avaient un personnel nombreux d'employés et de « domestiques. Chacune de ces familles a eu bon nombre de ma- « lades parmi les employés à poste fixe, dans leur maison de « campagne, tandis qu'*aucun* des autres domestiques n'a payé « ce tribut à la maladie.» Sur 600 malades traités par M. Caillat, aucun n'était étranger au pays. Cette remarque très précieuse rappelle celle qu'on avait faite autrefois à Calais où la suette anglaise avait été importée, et où elle ne régnait que parmi les Anglais : d'où le nom de maladie anglaise lui était venu. D'après

ces faits, le développement de la maladie par infection ou par contagion exigerait certaines conditions d'aptitude dont l'absence constituerait une garantie d'immunité. Quelques auteurs avaient même cité comme conditions d'immunité l'enfance et la vieillesse. M. Caillat, d'accord en cela avec les observations de M. Parrot, n'a pas rencontré de malades au-dessous de 10 ans ; il n'en aurait pas rencontré non plus d'exemple passé 60 ans. M. Foucart n'est pas aussi positif. Il a vu, quoique rarement, la suette chez des enfants à la mamelle et chez des vieillards. Mais il est d'accord avec M. Caillat pour reconnaître un plus grand nombre d'invasions chez la femme. Tous ces faits auraient besoin d'observations plus précises et plus nombreuses ; car, dans plusieurs épidémies de suette anglaise, on avait fait cette remarque que la maladie attaquait de préférence les sujets vigoureux, les hommes plutôt que les femmes. Quoi qu'il en soit de ces remarques particulières, on ne saurait s'empêcher d'y lire un avertissement général à l'usage de ceux qui abordent les questions d'épidémicité, d'infection ou de contagion, avec des idées absolues, qui ne s'adaptent uniformément, ni à toutes les maladies, ni à tous les individus.

(*La suite à un prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE.

4. *Mémoire sur le traitement de l'ascite par les injections iodées* ; par M. Boinet.

Suite : *voir* t. IX, septembre 1851, p. 33.

(Gazette médicale de Paris, N° 33; 1851.)

En 1833, M. Jobert (de Lamballe) revint à l'idée d'injecter un liquide dans le péritoine, il se servit d'un mélange d'eau et d'alcool chez une femme atteinte d'hydropsie. Voici cette observation :

Obs. IX — La paracentèse est pratiquée par M. Jobert de la manière suivante : Sur le côté gauche de l'abdomen et au lieu d'élection ordinaire, une ponction faite dans la cavité abdominale donne issue d'abord à 8 onces de sérosité, et avant qu'il ne s'en écoule davantage, on pousse à travers la masse du liquide 10 onces du mélange suivant : eau tiède, 8 onces ; alcool, une once et demie.

Tout d'un coup, pendant que la colonne de liquide injecté

traversait la cavité du péritoine, la malade accusa une douleur très vive, accompagnée de chaleur dans le point tout à fait opposé à celui qui avait donné passage à l'instrument. Après la ponction, l'ouverture de la canule étant exactement fermée pour que rien ne pût s'échapper, on attendit environ un quart d'heure, en imprimant de légères secousses à l'abdomen, afin qu'il y eût mélange intime et action de l'alcool sur la surface interne du péritoine, et puis l'on fit évacuer le liquide, dont le volume pouvait être de 12 litres ; il était jaune citrin, fortement chargé d'odeur alcoolique. L'ouverture faite par le trois-quarts est formée par plusieurs rondelles de diachylon et par un bandage de de corps appliqué autour de l'abdomen.

Le soir, il y eut une fièvre très prononcée, des coliques extrêmement fortes, mais sans vomissements, sans tension de l'abdomen, sans douleurs à la pression, sans grippement de la face. On remarqua une agitation générale, de la loquacité, une exaltation de fonctions intellectuelles, symptômes attribués par le rédacteur du journal, à une ivresse résultant de l'action de l'alcool injecté, mais qui duraient encore le lendemain, et qui probablement étaient tout simplement un effet de la fièvre.

Quoi qu'il en soit, le mouvement fébrile et les douleurs se sont dissipés, et un mois après rien n'annonçait la reproduction du liquide. La guérison semblait assurée.

Des hommes d'une grande autorité ont pensé qu'il s'agissait plutôt d'un kyste de l'ovaire que d'une ascite. Ascite ou kyste de l'ovaire, dit Morel-Lavallée, ce fait est très intéressant, mais on notera que c'est celui où l'injection péritonéale a été suivie des symptômes les plus sérieux, le seul où ils aient pris un caractère inquiétant ; la prudence ne nous conseillerait donc pas de recourir au moyen qui a été mis en usage.

Enfin, en 1834, M. Vivielle, chirurgien en chef de l'hospice civil de la Rochelle, proposa l'injection d'eau tiède et de décoction de quinquina. C'était chez un homme atteint d'ascite à la suite de fièvres intermittentes. Voici cette observation et les réflexions qui les suivent que j'emprunte au rapport de Morel-Lavallée

Obs X. — Chez un homme de 40 ans, devenu hydropique à la suite de fièvres intermittentes et d'un engorgement de la rate, je pratiquai, dit ce chirurgien, en présence de plusieurs de mes confrères, une ponction avec un trocart. Je vidai ce liquide à moitié, puis j'injectai dans la cavité abdominale 3 litres à peu près d'eau pure, à la température du liquide sorti. Je vidai encore la moitié du liquide, et je répétai cette manœuvre jus-

qu'à ce qu'il ne sortit plus que de l'eau pure, puis je tirai tout le liquide, et je fixai la canule par un bandage de corps qui tenait le ventre légèrement serré. Pendant l'opération, le malade manifesta peu de douleur ; il était sans fièvre ; le pouls resta le même. Je prescrivis la diète et l'usage de l'eau rougie. Tous les jours j'injectai par la canule de l'eau (à peu près 3 litres) à une température graduellement plus élevée; alors le malade éprouvait du malaise, le pouls s'élevait. Le troisième jour, j'ajoutai à 2 litres d'eau la même quantité de décoction de quinquina filtrée. Le malade, au bout de quelques minutes, éprouva de très vives douleurs, ce qui m'obligea à donner issue immédiatement au liquide. Le pouls s'élevait sensiblement. Le soir, il y avait de la fièvre. Le lendemain, quatrième jour, pas de fièvre ; je m'abstins d'injection ; l'eau rouge fut continuée. Le cinquième jour, je répétai l'injection avec moitié eau et moitié décoction de quinquina ; les douleurs se manifestèrent aussitôt. Je laissai le liquide pendant trois minutes. La fièvre survint ; la douleur dans tout l'abdomen augmenta, principalement à l'endroit de la canule. Cet état dura presque toute la journée. Alors je me déterminai à ôter la canule, qui faisait éprouver au malade de vives douleurs ; je prescrivis une boisson adoucissante : des fomentations émollientes furent appliquées sur le ventre et je continuai la diète. Le sixième jour, le malade avait passé une mauvaise nuit ; la fièvre durait encore, mais avec moins d'intensité ; la piqûre de l'abdomen était très douloureuse et légèrement rouge. Même prescription ; et si les accidents inflammatoires n'avaient pas paru céder, je n'aurais pas hésité à pratiquer une saignée. Les accidents diminuèrent tous les jours ; je suivis exactement la marche de la maladie. Au bout de huit jours, aucun signe de collection nouvelle dans la cavité de l'abdomen ne se manifesta, le régime fut gradué et augmenté suivant les forces, et trois semaines après, le malade sortit de l'hôpital parfaitement guéri. Depuis ce temps, j'ai eu occasion de le voir souvent, il est toujours très bien. (J.-L.-A. Vivielle, chirurgien en chef des hospices civils de la Rochelle, *Thèses*, Paris, 1834, n° 103, p. 12.)

Il y a dans ce fait plusieurs points à noter : d'abord l'évacuation primitivement incomplète de l'épanchement et la proportion croissante de l'eau que les injections répétées mélangeaient avec la portion de liquide laissée dans le ventre, puis la canule fixée à demeure, enfin les injections multipliées d'eau à une température progressivement élevée et les injections de quinquina. Le contact permanent de l'extrémité de la canule sur le péritoine, le nombre des injections, les propriétés irritantes de celle

de décoction de quinquina, montre ce que peut supporter cette membrane dans l'ascite. On peut même se demander, et les douleurs qui se sont manifestées autorisent cette crainte, si l'irritation du péritoine n'a pas été portée au delà du degré suffisant, trop près de la limite où elle aurait commencé à être dangereuse ; si le moyen trouve sa justification dans le succès, nous le croyons trop complexe, et par cela même trop incertain pour être usité.

Quant à l'idée appliquée par MM. Jobert et Vivielle, de faire l'injection en laissant une partie plus ou moins considérable de l'épanchement abdominal, il nous paraît facile d'en comprendre le but, qui est de répartir le principe irritant dans une plus grande masse de véhicule, de le mettre plus sûrement en contact avec tous les points de la muqueuse abdominale ; ce procédé, qui nous paraît sans avantages réels, pourrait avoir des inconvénients, si le liquide de l'injection était de nature à coaguler l'albumine ; ensuite il place le chirurgien dans la condition fâcheuse d'employer une injection dont il ne connaît pas la force, et dont il ne peut, par conséquent, calculer les effets.

Telles sont les observations d'injections diverses dans le péritoine que nous avons trouvées dans la science ; elles sont à peu près les seules qui aient été employées avec quelques succès avant les injections iodées ; en les rapportant nous avons signalé leurs avantages et leurs inconvénients et indiqué les motifs de leur abandon. Maintenant il nous reste à examiner ce que sont les injections iodées, et si les résultats qu'elles promettent sont préférables à ceux obtenus par les injections que nous venons de passer en revue.

Le premier fait qui a appelé notre attention et celle des praticiens sur l'innocuité des injections iodées sur le péritoine et et qui constate cette innocuité, date de 1839 ; il nous appartient. Il a été publié en 1840 dans la *Gazette Médicale de Paris* (p. 605). Il a trop d'importance pour le sujet que nous traitons dans ce mémoire pour que nous n'en rappelions pas les principales circonstances. Nous nous trouvions en présence d'un de ces cas où le médecin se trouve dans l'impossibilité de soulager son malade avec les moyens connus, et qui quelquefois fait sortir le praticien observateur des voies ordinaires, en l'engageant à tenter des moyens nouveaux. Il s'agissait d'un vaste abcès de la fosse iliaque interne qui, depuis plus de deux ans, résistait à tous les traitements mis en usage et conseillés par plusieurs professeurs et chirurgiens des hôpitaux de Paris. La paroi supérieure ou abdominale de ce foyer purulent était formée par le péritoine.

Malgré cette circonstance, nous fîmes une injection iodée dans ce vaste abcès sous-péritonéal (il avait plus de 20 cent. de profondeur), et douze jours après la guérison était radicale. Parmi les réflexions que nous suggéra cette observation, nous faisons les suivantes :

« Les circonstances dans lesquelles nous agissions n'étaient pas les mêmes que pour l'hydrocèle ; ce n'était plus dans une tunique vaginale que nous faisions une injection iodée, mais bien dans le foyer d'un vaste abcès, entouré de tissu cellulaire abondant, de nerfs, de vaisseaux, de muscles, etc., recouverts d'une membrane séreuse très prompte à s'enflammer à la moindre occasion. Cette circonstance du voisinage du péritoine était bien de nature à nous donner des inquiétudes, que le résultat que nous avons obtenu pouvait seul dissiper ; en poussant une injection pareille dans un foyer aussi vaste, situé sous le péritoine, nous craignions et nous devions craindre que cette membrane, venant à s'enflammer, ne fût cause d'accidents plus graves que ceux que nous avions à combattre, etc. »

Ce point étant établi par cette seule observation que de la teinture iodée en grande quantité avait pu être mise en contact sur une surface assez étendue du péritoine, sans danger aucun et sans y faire naître une inflammation fâcheuse, il était tout naturel de penser qu'injectée dans l'intérieur même de la cavité péritonéale, cette teinture n'aurait pas de conséquences plus graves, et pourrait, dans l'ascite, produire des résultats semblables à ceux qu'on obtient dans l'hydrocèle. De plus l'analogie si grande qui existe, d'une part, entre ces deux affections, l'hydrocèle et l'ascite, et, de l'autre, entre la membrane péritonéale et la membrane vaginale, devait tout naturellement conduire à l'emploi de ces injections dans le péritoine ; aussi ces circonstances, nos réflexions et le résultat que nous avions obtenu ont-ils engagé quelques chirurgiens à tenter ces injections, là où l'on n'aurait jamais osé le faire auparavant. Les résultats qui ont été obtenus jusqu'à ce jour, loin de faire redouter ces graves accidents que faisait craindre toute opération, toute irritation sur le péritoine, ont été des plus satisfaisants et de nature à encourager, à poursuivre cette voie de traitement ; c'est M. le docteur Dieulafoy (de Toulouse) qui, le premier, a tenté de guérir l'ascite par les injections iodées. Ainsi, sans y comprendre le fait que nous venons de rappeler et deux autres que nous allons faire connaître, la science possède déjà 11 cas d'injections d'iode dans le péritoine, et ces 11 cas sont des succès ; voici ces observations :

Obs. XI — En 1841, le docteur Dieulafoy (de Toulouse) a

pratiqué, dans l'espace de trois mois, trois injections iodées dans le péritoine, pour guérir une ascite qui compromettait les jours d'un malade, après avoir résisté à tous les moyens mis en usage. La première injection fut faite le 21 mars 1841, et la dernière le 30 mai de la dernière année. Il s'agissait d'un teinturier âgé de 42 ans, de mauvaise constitution, affecté d'une diarrhée chronique qui durait depuis plus de deux ans et qui fut supprimée à la suite de l'exposition au froid et de quelques excès de boisson. Quelques jours après on constate un épanchement abdominal, qui oblige de recourir à la ponction le 15 janvier, le 3 et le 20 février, le 9 et le 21 mars 1841. Chaque ponction fournit de 20 à 24 livres de liquide ; le 21 mars, après la cinquième ponction, M. Dieulafoy eut la première idée d'oblitérer la cavité péritonéale au moyen d'une injection iodée. On avait préparé d'avance l'injection suivante :

Teinture d'iode.	32	grammes.
Iodure de potassium. . . .	4	—
Eau.	150	—

Cette solution fut encore affaiblie au moment de l'injection par l'addition d'une certaine quantité d'eau et étendue dans la cavité abdominale au moyen de la pression de la main. Le malade dit qu'il éprouvait une sensation de chaleur agréable. Après qu'on eut laissé séjourner quelque temps l'injection, le malade, auparavant couché à plat, fut remis sur le côté, et il sortit par la canule la moitié du liquide injecté ; le soir il y eut un peu de réaction fébrile et une légère douleur de l'abdomen que l'on combattit par des frictions mercurielles et un cataplasme.

Un mois après, le 19 avril, M. Dieulafoy fut rappelé et fit une nouvelle ponction qui ne fournit que 8 à 10 litres de liquide. Cette fois l'épanchement était moins considérable ; il n'occupait que la partie supérieure et droite de l'abdomen. Une nouvelle injection fut pratiquée ; elle présenta les mêmes phénomènes que la première.

Six semaines après, le 30 mai, M. Dieulafoy fut encore rappelé ; il fit encore une nouvelle ponction ; mais il ne retira que trois litres de liquide. Une troisième injection iodée fut faite. Mêmes phénomènes ; état fébrile, douleurs abdominales. Huit jours après, le malade était dans un état d'anasarque générale ; mais la cavité abdominale ne contenait plus de liquide. La convalescence fut longue, et le malade, traité par des purgatifs, se rétablit complétement ; seulement, lorsqu'il voulait se relever, il éprouvait des tiraillements dans le ventre.

Il est important, dans cette observation, de faire remarquer la rapidité de la sécrétion séreuse, parce qu'elle exclut l'idée d'une hydropisie enkystée et ne peut appartenir qu'à l'ascite, ce qui nous paraît confirmer un diagnostic qui a été contesté par quelques membres de l'Académie de médecine. (Dieulafoy, Acad. de méd. du 27 janvier 1846 ; *Bullet. de l'Acad.*, t. II, p. 423.)

Obs. XII. — En 1842, M. Velpeau, ayant fait avec succès une injection iodée dans l'articulation d'un genou atteint d'hydrarthrose chronique, voulut se rendre compte des effets produits sur les séreuses par l'injection iodée ; il voulait savoir si le liquide iodé amenait constamment l'adhérence, des parois de la cavité qui l'a reçu, puis si ces adhérences, une fois établies, sont indélébiles et de nature à gêner les mouvements naturellement mobiles. Dans ce but, il pratiqua des injections de teinture d'iode dans le tissu cellulaire et dans le péritoine de plusieurs animaux. Il présentait déjà l'importance de ce moyen dans les cavités viscérales, et il disait : « Actuellement il n'y a plus qu'un ordre de cavités séreuses à explorer sous le point de vue des injections iodées ; mais celles-là sont, si l'on peut s'exprimer ainsi, les plus inabordables de toutes : ce sont les cavités viscérales, la cavité rachidienne, la cavité crânienne, les cavités pleurales, la cavité du péricarde et la cavité du péritoine. » « Qui osera, ajoutait plus loin ce savant professeur, porter de la teinture d'iode dans un spina-bifida, dans la cavité du crâne, sachant que l'inflammation des méninges devient rapidement mortelle ? Quelle perplexité pour celui qui ferait une injection iodée dans le péritoine, quand on réfléchit aux dangers de la péritonite aiguë ! Quoique rassuré déjà par le mécanisme de l'inflammation que détermine la teinture d'iode dans les cavités séreuses, quoique très disposé à admettre comme probable leur efficacité dans le spina-bifida, dans l'hydropéricarde, dans l'hydrothorax même, je n'aurai pas moins reculé jusqu'à présent devant leur première application à l'espèce humaine en pareil cas. J'ai voulu que les expériences sur des animaux éclaircissent avant diverses questions dont la solution me paraît importante. C'est au péritoine que je me suis adressé dans ce but, parce que si les injections iodées devenaient un remède utile dans l'ascite, je regarderais comme démontré qu'elles doivent, à plus forte raison, être avantageuses dans les hydropisies de poitrine, etc. » C'est d'ailleurs ce que l'expérience a démontré depuis pour le spina-bifida, l'hydrothorax, etc.

Les expériences de M. Velpeau faites sur des chiens ont démontré :

1° Que tous ceux qui avaient subi l'injection iodée composée avec une partie de teinture d'iode sur deux, trois, quatre parties d'eau, avaient succombé ; que ceux, au contraire, qui avaient subi l'injection avec un mélange d'une partie d'iode sur six parties d'eau et au delà, avaient survécu :

2° Que chez les chiens qui avait succombé, la mort était arrivée précédée des signes d'une violente inflammation, soit du péritoine, soit des intestins, mais que rien n'a pu faire supposer, chez ces animaux, un empoisonnement ;

3° Qu'aucun des animaux au nombre de onze, traités par l'injection iodée, n'avait eu d'inflammation purulente, résultat, comme le fait remarquer M. Velpeau, qui est d'une haute importance dans la question.

En effet, à quelque degré d'identité que l'imflammation se se soit établie, à quelque époque que la mort soit survenue, nous n'avons jamais vu, dit le professeur de la Charité, de matière purulente dans le péritoine ; n'est-il pas permis de croire que les phlegmasies produites par l'injection iodée sont essentiellement adhésives et très peu disposées à devenir purulentes ? N'y a-t-il pas là un nouvel encouragement, de quoi rassurer sur quelques-uns des dangers que pourraient faire craindre les injections iodées dans le traitement de l'ascite ?

Un exemple que nous avons observé sur l'homme, et que nous rapporterons plus loin, est venu confirmer toutes ces remarques importantes.

L'immobilité des intestins et les adhérences que contractent leurs circonvolutions sont un inconvénient dont il paraîtrait difficile de débarrasser l'opération en pareil cas, et une des objections capitales adressées à cette méthode par ceux qui craignent qu'en guérissant l'ascite on ne s'oppose aux fonctions de l'intestin.

Les expériences de M. Velpeau et plusieurs faits pathologiques diminuent de beaucoup la valeur de ces objections. En effet, les animaux qui ont présenté à l'autopsie de semblables altérations pouvaient boire, manger et vivre : les adhérences ne sont donc pas un obstacle absolu à la nutrition, à l'accomplissement de la digestion de l'individu, au rétablissement d'une santé régulière, à l'exercice de la vie, d'autant mieux que ces adhérences ont lieu seulement entre les intestins, et que ceux-ci n'adhèrent pas aux parois abdominales.

Deux fois M. Velpeau a constaté la même chose dans l'espèce humaine : une première fois avec M. Bretonneau et une seconde fois à l'hôpital de la Faculté. Dernièrement M. le professeur

Requin a eu l'occasion de faire la même remarque à l'hôpital de la Pitié.

« Tout ceci ne prouve-t-il pas, dit encore M. Velpeau, que « la matière épanchée dans le péritoine à l'occasion des injec- « tions iodées est une matière organisable, inoffensive, suscep- « tible d'être résorbée ou détruite par les propres forces de l'or- « ganisme ?

D'un autre côté, M. Velpeau avait injecté avec succès de la teinture d'iode dans de vieux sacs herniaires transformés en hydrocèle, et avait essayé, encouragé par ces faits, la guérison radicale de hernies simples; jamais la moindre menace de danger n'a eu lieu chez ces malades. On le voit, il était bien près du péritoine, mais il n'a pas osé y pénétrer avec les injections iodées. D'autres, plus hardis, soutenus et éclairés par les recherches et les réflexions précédentes, ont été plus loin.

Obs. XIII. — M. Dieulafoy se borne à indiquer un deuxième cas où il aurait également réussi.

Quelques années plus tard, inspiré et guidé par l'exemple du docteur Dieulafoy, M. le docteur Griffon pratiqua, le 9 juillet 1846, une injection iodée dans le péritoine d'une petite fille de 18 mois, et la guérit radicalement par une seule injection.

Obs. XIV. — Le 20 août 1845, M. le docteur Griffon fut appelé auprès d'une petite fille âgée de six mois, atteinte d'une ascite très prononcée, et présentant toute l'apparence extérieure d'un enfant de 6 semaines au plus. Tout indiquait chez elle une ascite du genre de celles qu'on nomme essentielles. On ne pouvait songer à provoquer la résorption d'une si grande quantité de liquide, et après avoir employé en vain les divers moyens de traitement prescrits en pareil cas, il fut obligé, le 11 septembre suivant, de pratiquer une ponction qui donna lieu à l'issue de 3 grands litres de sérosité. Quelques jours après, le volume de l'abdomen était le même, et depuis le 8 octobre 1845 jusqu'au 30 avril 1846, M. Griffon pratiqua à diverses époques huit ponctions, qui donnèrent à peu près la même quantité de liquide. Cependant la croissance de l'enfant ne faisait aucun progrès ; elle avait alors atteint l'âge de 18 mois. Elle tétait toujours. Ses cris continuels attestaient son état de souffrance. La diarrhée était survenue, alternant avec l'anasarque des extrémités et la rareté des urines. Le terme fatal était imminent, lorsque, ayant eu connaissance de l'opération pratiquée en pareil cas par M. Dieulafoy, M. Griffon résolut d'imiter son exemple, et le 9 juillet 1846, après avoir vidé la cavité péritonéale et en avoir évacué 4 litres de liquide, il injecta le mélange suivant :

Eau.	150	grammes
Iodure de potassium.	2	—
Teinture d'iode.	25	—

L'injection fut faite à plusieurs reprises, en malaxant le ventre pour faire mieux pénétrer le liquide dans tous les points de la cavité. Une seule injection suffit. Pendant les trois premiers jours, l'enfant parut souffrir plus que d'habitude ; le sommeil fut moins calme, et le ventre, chaud et tendu semblait être en proie à une réaction inflammatoire. Ces symptômes furent promptement dissipés, au moyen de bains, de cataplasmes, etc. Depuis cette époque l'enfant a repris ses forces ; l'infiltration a disparu ; le ventre est un peu volumineux, mais il ne contient plus de liquide ; les urines sont très abondantes. L'enfant est gaie et commence à se tenir sur ses jambes. Enfin, le 5 décembre 1846, jour où M. Griffon terminait cette observation, tout concourait à faire considérer cette enfant comme parfaitement guérie. (*Journal des connaissances médico-pratiques*, janvier 1847.)

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

5. *Considérations chimiques, physiologiques et thérapeutiques sur les sels d'argent* ; mémoire présenté à l'Académie des sciences, les 18 novembre et 2 décembre 1850, par le docteur J. Delioux, médecin en chef de la marine, professeur aux écoles de médecine navales.

Suite : *voir* t. IX, septembre 1851, p. 40.

(Gazette médicale de Paris, N° 35 ; 1851.)

2° *Applications thérapeutiques.*

Des faits chimiques qui viennent d'être exposés découlent des conséquences importantes au point de vue de la pharmacologie et de la thérapeutique.

Lorsque, sur la peau dénudée, sur une membrane pyogénique, sur une membrane muqueuse, on applique un crayon ou une solution concentrée d'azotate d'argent, on voit se former presque instantanément une escharre blanche due à la coagulation de l'albumine. Si cette escharre est très mince, pelliculaire, elle peut être résorbée au moins partiellement ; mais pour peu qu'elle ait une certaine épaisseur, il est incontestable qu'insoluble dans les humeurs qui la baignent, elle ne tend qu'à l'élimination.

On pourrait croire, au premier abord, que la production de

cette escharre et en désaccord avec mes expériences chimiques ; mais elle les corrobore au contraire. En effet, dans cette circonstance, on fait réagir sur les tissus et au sein des humeurs organiques une proportion d'azotate d'argent excédant, et de beaucoup, celles des chlorures alcalins qui entrent dans leur composition. Or, j'ai expérimenté que, pour dissoudre le précipité produit dans une solution albumineuse par l'azotate d'argent, il faut employer une quantité de chlorure de sodium au moins égale à celle de l'azotate d'argent ; corrélativement, nous voyons les dissolutions étendues où ce dernier sel n'existe que dans des proportions inférieures à celle des chlorures et autres sels qui alcalinisent les humeurs vitales, ne déterminer dans ces humeurs aucun précipité sensible, et occasionner seulement à la surface des tissus un certain degré d'astriction insuffisant pour s'opposer à l'absorption d'une partie de l'azotate d'argent, soit en nature, soit à l'état d'albuminate. Aussi nul doute, à mon avis, que ces dissolutions étendues n'ont pas seulement dans beaucoup de cas, et notamment lorsqu'elles sont portées dans les voies digestives, un effet local, comme le pensent tant de médecins trop préoccupés encore de l'action topique des médicaments ; elles ont en même temps, sinon davantage, une action dynamique, résultat de leur facile absorption.

Au surplus, cette escharre est la négation la plus complète de toute théorie qui présuppose la transformation de l'azotate d'argent en chlorure au contact des tissus et des liquides organiques. Coagulum protéique, lié, tenace, élastique, identique à celui qui se produit dans une solution albumineuse pure, cette escharre traduit de la manière la plus évidente l'action élective du sel argentique sur les éléments albuminoïdes, et rien ne ressemble moins qu'elle au précipité grumeleux, caillebotté, dur, constitué par le chlorure d'argent.

Ce n'est là, il est vrai, qu'une induction plus ou moins rationnelle, mais l'expérience la confirme péremptoirement ; car si l'on traite l'escharre, ce produit de l'action topique des sels d'argent solubles, par une solution de potasse, on la dissout entièrement, ce qui n'aurait lieu qu'incomplétement si elle contenait du chlorure d'argent insoluble dans la potasse.

Il résulte de ces considérations que des changements importants doivent être introduits dans la rédaction des formules ayant pour objet l'administration interne de l'azotate d'argent.

Je regrette d'être obligé de taxer d'irrationnelles celles qui ont pour but, en réunissant dans un excipient commun l'azotate d'argent et le chlorure de sodium, de préparer d'avance le chlo-

rure d'argent : loin de faciliter l'absorption du médicament, elles ne peuvent que le retarder ; car si le chlorure d'argent est, dans nos verres, l'un des plus insolubles précipités, je crois qu'il en est à peu près de même au milieu des humeurs organiques, puisque je ne suis jamais parvenu à le dissoudre en reproduisant approximativement les conditions physiques et chimiques de l'économie vivante.

Les formules rationnelles seront celles qui prescriront de porter immédiatement et sans aucune décomposition préalable l'azotate d'argent au sein des liqueurs organiques, qui, le recevant sans le précipiter, permettront son absorption dans les secondes voies. Pour la forme pilulaire, une substance inerte sera le meilleur excipient possible ; pour la forme liquide, l'eau distillée comme dissolvant sera préférable à tout autre véhicule. Toutefois, l'action topique de l'azotate d'argent est trop irritante pour que je conseille la forme pilulaire, et la solution aqueuse elle-même peut excercer sur la membrane gastrique une agression douloureuse. Je crois, en conséquence, que la solution albumineuse chlorurée offrirait pour ce sel le meilleur véhicule, parce qu'elle le transforme en un composé immédiatement absorbable, et dont l'action topique est infiniment plus douce que celle de l'azotate d'argent pur, même en dissolution étendue, ainsi que j'en ai acquis la preuve dans plusieurs expériences cliniques comparatives.

Formule-modèle pour une potion.

Blanc d'œuf. . . . . 1 hect.

Dissolvez dans :

Eau distillée. . . . . 120 grammes.

Filtrez à travers un linge fin.

Ajoutez ensemble, après avoir dissous séparément les deux sels dans s. q. d'eau distillée :

Azotate d'argent. . . . . } ââ 0,05
Chlorure de sodium. . . . }
Sirop de sucre. 30

Il est bien entendu que la dose du sel argentique n'a rien d'absolu, et qu'elle sera augmentée selon l'indication. Ce qu'il importe de signaler dans ce type de formule, c'est qu'une même dose des deux sels doit être employée.

Dans le petit nombre d'essais qu'il m'a été donné de faire jusqu'ici, cette portion n'a déterminé aucune douleur, aucun trouble dans les organes digestifs, et je crois qu'elle mérite d'être essayée

dans les formes si variables de la gastralgie, contre laquelle d'ailleurs les préparations d'argent ont été préconisées, notamment dans les dernières années, par plusieurs médecins anglais et allemands.

Je crois enfin que s'il fallait administer ce médicament pendant longtemps et le pousser à des doses élevées, comme on l'a fait dans l'épilepsie (où il a été donné jusqu'à 1 gramme par jour), cette formule, mieux que toute autre, en dissimulant les propriétés irritatives de l'azotate d'argent, en assurerait la tolérance et permettrait de soutenir la médication.

Mais il faut se hâter de dire aussi qu'en contact avec des matières organiques, ce sel se réduit plus promptement encore que dans l'eau distillée, et que cette potion, sous peine de voir s'amoindrir de plus en plus son énergie thérapeutique, doit être consommée très peu de temps après sa préparation.

C'est principalement en lavement, contre divers flux intestinaux, que j'ai eu l'occasion de juger les avantages de l'administration de l'azotate d'argent en dissolution dans l'eau albumineuse chlorurée.

D'abord on réunit de cette manière deux substances dont l'efficacité a été mise souvent à l'épreuve contre diverses formes de diarrhées et de dyssenteries. Enveloppé par l'albumine, le sel argentique n'exerce plus sur la surface intestinale cette impression vive qui se traduit en coliques douloureuses. Son action locale est diminuée sans doute; mais est-il bien prouvé que ce soit cette action physico-chimique toute de contact qui modifie les flux intestinaux? N'est-il pas un grand nombre de ces flux qui ne s'accompagnent d'aucune lésion de la muqueuse intestinale; d'autres qui s'établissent sans que cette lésion, assez variable d'ailleurs, les explique d'une manière rationnelle? Est-ce que la dyssenterie, par exemple, la dyssenterie épidémique et celle des pays chauds surtout, n'a d'autre support organique que la phlogose et les ulcères de la membrane cœco-colique, et l'étude raisonnée de ses symptômes, l'examen des déjections spécifiques qui la caractérisent ne conduisent-ils pas à admettre qu'il y a au fond de cet état morbide des altérations humorales et des lésions nerveuses? Or, on ne guérit pas ces perturbations profondes en limitant l'action des agents pharmacologiques aux surfaces tégumentaires; en tant que modificateurs topiques, ils ne sont que des adjuvants parfois utiles, mais leur action dynamique générale n'est consécutive qu'à leur absorption. On ne saurait trop répéter, pour combattre sans relâche les tenaces préjugés qui règnent encore dans les écoles, que l'art de faire pénétrer les

médicaments dans les voies de l'absorption est l'un des moyens de progrès les plus féconds de la thérapeutique moderne.

Je crois donc que si, en administrant les injections intestinales dont l'azotate d'argent est l'élément actif, on a parfois intérêt à produire un effet local, dans beaucoup d'autres cas, dans les plus nombreux peut-être, l'efficacité du remède dépend de l'endosmose vasculaire, et l'intermède de l'albumine et des chlorures alcalins assure ce résultat. En formulant les lavements argentiques d'après ces principes, on les verra réprimer les flux de ventre au moins avec autant de garanties de cure définitive qu'en préférant l'eau pure pour véhicule, et ils auront sur ceux préparés par la méthode ordinaire l'avantage de causer peu ou point de douleurs, et d'être plus facilement retenus, comme j'en ai acquis l'expérience, en administrant, suivant mon procédé, l'azotate d'argent par le rectum depuis 10 jusqu'à 60 centigrammes.

Il me reste à signaler un dernier avantage qui n'est pas sans importance, et qui ressort de l'un des caractères chimiques les plus curieux de l'albuminate d'argent.

Qnand on destine une injection à agir ailleurs que dans l'intestin, la petite seringue en verre employée pour les injections urétrales sert sans aucun inconvénient et sans exposer à la décomposition du sel argentique ; mais pour lavements, on ne peut se servir, particulièrement dans les hôpitaux, que des seringues d'étain dont le métal réduit l'argent ; par conséquent, quelque promptitude que l'on mette à pousser la solution dans l'intestin aussitôt qu'elle a été versée dans l'instrument, la décomposition s'est opérée en partie et, à part le désagrément de couvrir les parois de la seringue d'une couche noire qu'il n'est pas toujours très facile d'enlever, on a administré tout autant un sel d'étain qu'un sel d'argent ; si bien qu'en définitive le malade reçoit un médicament défectueux et différent, quant à la nature et quant à la dose, de celui que le médecin a prescrit.

En prescrivant, au contraire, la solution albumineuse chlorurée d'azotate d'argent, comme l'étain ne peut opérer aucune réduction (sinon au bout d'un temps assez long, et encore fort incomplétement), tous les inconvénients signalés plus haut disparaissent. J'ai adopté dans mon service à l'hôpital maritime de Rochefort ce mode d'administration, et je n'ai eu, sous tous les rapports, qu'à m'en applaudir.

J'ai cru aussi devoir tenter quelques essais sur l'emploi de cette solution dans le traitement de la blennorrhagie ; j'ai reconnu que sur la muqueuse de l'urètre comme ailleurs, son action est plus douce, à dose égale de sel d'argent, que celle de la solution dans

l'eau distillée ; j'ai obtenu quelques résultats favorables dans les écoulements chroniques et vers la fin des écoulements aigus qui menacent de passer à la chronicité ; mais je ne lui ai pas attribué de supériorité sur d'autres injections plus usitées et d'une conservation plus facile ; et comme moyen abortif il est impossible de compter autant sur elle que sur la solution aqueuse où l'azotate d'argent conserve toute sa causticité,

Au nombre des agents thérapeutiques essayés contre le choléra, l'azotate d'argent paraît avoir eu entre les mains de quelques praticiens de notables avantages ; ainsi il a été recommandé par M. Barth, par MM. Girouard et Creslou, de Chartres, par M. Garlick, médecin anglais, par M. Immanuel Lévy, médecin allemand ; d'un autre côté, le chlorure de sodium est l'un des éléments les plus importants du traitement salin opposé à la même maladie. Enfin, les déjections chlolériques entraînent des déperditions considérables de matières albuminoïdes, soit altérées sous forme d'albuminose, soit à l'état d'albumine pure. Or donc ne peut-on se demander si, en administrant à la fois l'azotate d'argent, le chlorure de sodium et l'albumine, on ne modifierait pas favorablement les symptômes du choléra ?

Je me borne à poser la question, prévention purement théorique, car des essais peu nombreux ne me permettent pas de la résoudre.

J'aborde, en finissant, un point de toxicologie fort délicat, car mes expériences ne tendraient à rien moins qu'à détruire des opinions généralement reçues, et à me mettre en dissidence avec l'un des plus habiles et des plus savants toxicologistes, M. Orfila, dont je respecte autant que personne l'autorité.

Si l'azotate d'argent, en présence de matières albuminoïdes, n'est pas précipité par le chlorure de sodium, et je crois l'avoir surabondamment démontré, ce dernier sel n'est pas le contre-poison du premier, puisqu'ils ne peuvent réagir l'un sur l'autre dans l'estomac qu'en présence des éléments albumineux des liquides sécrétés par ce viscère, et partant le résultat de cette réaction ne doit pas être la précipitation du chlorure d'argent : la conséquence est forcée.

Si, par impossible, il n'existait actuellement dans l'estomac qu'une petite quantité de liquides organiques, en même temps que de fortes proportions d'azotate d'argent et de chlorure de sodium y seraient introduites, et si alors il se produisait une certaine quantité de chlorure d'argent, il se formerait toujours aussi un composé albumino-argentique soluble et absorbable, et par

conséquent là encore le sel marin n'aurait pas eu tout l'effet qu'on en attendait.

Le chlorure de sodium ne peut donc pas être le véritable contre-poison de l'azotate d'argent.

Toute au plus pourra-t-on admettre que l'eau salée sera utile en transformant le sel d'argent en un composé qui n'exercera plus d'action caustique sur la muqueuse gastrique, ce qui sera, dans la majorité des circonstances, un immense bienfait ; car cette action caustique constitue en très grande partie, dans l'espèce, la gravité de l'empoisonnement, et il me paraît bien probable que lorsqu'un composé d'argent ne possède pas de propriétés topiques irritantes, ou du moment qu'il les a perdues, il peut être, sans danger d'intoxication, absorbé à des doses bien plus élevées qu'on ne le suppose communément.

Pour décomposer dans l'estomac l'azotate comme tout sel d'argent soluble et déterminer la formation d'un précipité insoluble, il ne faut compter que sur le proto-sulfure de fer hydraté, ce précieux contre-poison, signalé avec tant de bonheur par M. Mialhe, et qui doit dominer le traitement chimique de la plupart des empoisonnements métalliques.

Je crois cependant devoir appeler l'attention sur une substance qui, ne fût-ce qu'à défaut du proto-sulfure de fer et vu la facilité avec laquelle on peut se la procurer dans un cas où il est urgent d'agir, me paraît susceptible d'être employée avec avantage dans l'empoisonnement par l'azotate d'argent.

Si l'on verse une dissolution de ce dernier sel dans du lait, il se forme instantanément un précipité blanc, caillebotté, soluble dans l'ammoniaque, devenant violet à la lumière.

Cette expérience démontre que la caséine ne jouit pas comme l'albumine de la propriété de maintenir la solubilité de l'azotate d'argent en présence des chlorures alcalins qui existent dans le lait. Il en résulte aussi qu'il ne faut pas accorder cette propriété aux matières albuminoïdes en général, mais qu'il faut l'attribuer plus spécialement à l'albumine.

Si l'on ajoute au lait de l'albumine, on n'empêche pas le précipité de se produire.

Ainsi l'albumine des humeurs gastriques, en se mêlant avec le lait, n'arrêterait pas la décomposition du sel d'argent.

Conséquemment n'est-il pas permis d'espérer que le lait serait un contre-poison efficace de l'azotate d'argent ?

C'est à l'expérience de prononcer. Je me propose d'essayer le lait à cette fin sur les animaux.

(*La suite à un prochain numéro.*)

6. *Emploi des spécifiques internes, dans le traitement des maladies de la peau ;* notes extraites de la clinique de M. Gibert, à l'hopital Saint-Louis.

(Revue médicale, juillet 1851.)

La cure des affections dartreuses, par de prétendus *spécifiques* administrés à l'intérieur, est encore aujourd'hui environnée d'incertitudes et d'obscurités qui embarrassent le médecin désireux de subordonner sa conduite thérapeutique à des règles que puisse avouer la raison.

Malheureusement, un défaut d'expérience spéciale suffisante force la plupart des praticiens à croire sur parole les assertions vagues et banales qui composent trop souvent le bagage thérapeutique des médecins qui ont cherché à faire autorité dans la matière.

Que dire, par exemple, d'un écrit scientifique où l'on se croit en droit d'abuser de la crédulité du lecteur au point d'annoncer, comme une règle de pratique, les *bons effets* de l'administration intérieure de l'aconit dans les affections prurigineuses des parties génitales ? Une autre fois, ce sera le *sirop de bi-carbonate de soude* que l'on vantera comme un remède éprouvé dans les éruptions squammeuses.

Une autre fois, ce seront les préparations arsenicales qui seront déclarées, sans conteste, le spécifique par excellence de toutes les affections cutanées chroniques.

Plus tard, on cherchera à rappeler l'attention sur les vertus de l'acétate de potasse, tant vanté par nos prédécesseurs, qui le préconisaient sous le nom de *terre foliée de tartre,* etc., etc.

Qui ne se souvient de la vogue qu'ont eue, pendant de longues années, les végétaux amers et les prétendus dépuratifs, les sucs d'herbes, la douce-amère et tant d'autres spécifiques, réduits aujourd'hui à un rôle bien secondaire, dans la thérapeutique des affections dartreuses ?

Qui n'a eu, depuis quelques années, l'occasion de constater et la popularité et l'inefficacité de la *Salsepareille,* donnée à tous et dans tous les cas, soit sous la forme vulgaire de décoction, soit sous la forme plus mystérieuse et plus séduisante de rob, d'essence, de sirop, etc., etc. ?

Que les homœopathes, abusant de la crédulité des hommes du monde, toujours si désireux d'être trompés, attribuent des propriétés altérantes secrètes et mystérieuses à leurs globules mystificateurs...., cela se comprend et s'explique facilement. Mais que des médecins éminents, que des praticiens posés de

manière à faire autorité se bercent eux-mêmes d'illusions empruntées à des traditions populaires ou créées par cette paresse d'esprit mêlée d'orgueil qui s'attribue volontiers les succès dus à la nature, cela devient moins excusable.

Qu'ils sont loin, ces médecins, de la savante modestie de ce praticien de province qui, se félicitant *des bons effets* de sa thérapeutique, écrivait au doyen de notre faculté : « J'obtiens ici de bien beaux succès de la nature ! » En effet, une des causes qui contribuent beaucoup à faire illusion au commun des praticiens, c'est qu'il est un certain nombre de maladies dartreuses, très susceptibles de se résoudre et de disparaître sous l'influence du temps et du régime, souvent après avoir paru rebelles à des médications variées et énergiques.

C'est ainsi qu'il n'y a pas longtemps, une jeune fille couchée à la salle Saint-Jean, et que nous avions laissée en repos depuis plusieurs mois, fatigués de lui administrer des remèdes inutiles, vit disparaître, sans cause connue, en quelques semaines, une des éruptions communément les plus rebelles et les plus tenaces que nous ayons à traiter, un *psoriasis guttata* général.

J'ai cité ailleurs l'exemple tout opposé d'un malade guéri à une source minérale salino-sulfureuse, d'un *psoriasis inveteratta*, et qui, l'année suivante, revenu, par reconnaissance et aussi par précaution, à la source bienfaisante que les médecins avaient déclarée l'agent efficace de sa guérison, eut le chagrin de voir reparaître sa maladie avec une intensité nouvelle, sous l'influence même du remède dont l'action avait paru d'abord si salutaire.

Avant donc de déclarer qu'un remède interne a été l'agent principal de la guérison d'une maladie cutanée, il faut surtout, si, comme c'est le cas le plus ordinaire, ce remède ne jouit que de propriétés *altérantes*, c'est-à-dire, n'a qu'une action lente, insensible et sans effets apparents sur l'économie... Il faut, dis-je, connaître parfaitement le caractère propre et la marche spontanée de la maladie, les diverses phases par lesquelles elle est susceptible de passer, l'influence que peuvent avoir sur elle les conditions hygiéniques ; la comparer aux espèces analogues soumises à ces seules conditions ; enfin, dégager soigneusement la part, presque toujours prédominante, des topiques concurremment employés. Or, tous ces éléments manquent ordinairement dans l'appréciation des questions thérapeutiques que l'on tranche communément par des banalités analogues à celles que nous citions tout à l'heure.

Biett, quoique assez sujet à se faire illusion (témoin son en-

goûment en faveur du *charbon*, puis du *calomel* dans le traitement du choléra de 1832, témoin encore la confiance si absolue qu'il mettait dans l'administration intérieure des préparations arsenicales)... *Biett*, dis-je, avait soin, lorsqu'il expérimentait un spécifique, de supprimer autant que possible la médication topique : aussi généralement, les malades confiés à ses soins prolongeaient ordinairement leur séjour dans les salles plus longtemps que ceux traités dans le même hôpital par *Alibert*.

Celui-ci, dans les dernières années de sa pratiqne, avait fini par perdre presque toute confiance dans les spécifiques internes, et n'employait plus guères que les topiques. Encore même, à une certaine époque, avait-il fini par traiter presque toutes les éruptions chroniques par la seule application, plus ou moins réitérée, de la pierre infernale.

C'est qu'en effet, si l'action de la médication topique est le plus souvent rapide et facile à apprécier, il n'en est pas de même, à beaucoup près, de la médication par les spécifiques internes auxquels on est souvent entraîné à rapporter tout l'honneur de cures auxquelles ils n'ont eu réellement aucune part.

Il y a quelques années, je donnais des soins à un magistrat affecté d'une *mentagre* dont il voulait se débarrasser à tout prix. J'avais en vain prescrit divers traitements plus ou moins actifs et notamment l'*iodure de potassium* à l'intérieur, vu l'état lymphatique du sujet.

Lassé de suivre sans succès des prescriptions méthodiques qui ne produisaient qu'un résultat douteux ou temporaire, mon malade s'adressa à un empirique qui lui fit cesser tout traitement interne et lui promit une guérison rapide et certaine, sans qu'il fût besoin pour cela d'observer aucun régime. Le seul remède qu'il employa fut un topique (que j'ai reconnu plus tard pour l'onguent digestif térébenthiné du codex). Après quelques jours de son emploi, une vive inflammation s'empara de la peau du menton qui se couvrit d'une éruption pustuleuse superficielle.

Alarmé de ce résultat, M.** revint me consulter en m'avouant son infidélité. Bien loin de l'en blâmer, je lui dis en toute sincérité que peut-être bien la violente perturbation, provoquée par le topique empirique, serait suivie d'une guérison que l'art rationnel et méthodique n'avait pu obtenir... Et c'est en effet ce qui arriva.

A la salle Saint-Charles était couché, il y a quelque temps, un malade dont l'une des jambes était criblée d'ulcères cutanés produits par la variété d'*echthyma* que j'ai désignée sous le nom d'*ecthyma perforans :* ces ulcérations, regardées à tort comme

vénériennes avaient été négligées par le malade auquel on avait conseillé divers remèdes internes, dépuratifs, mercuriels et autres.

Je ne lui prescrivis aucun remède intérieur : on se borna au repos et aux pansements méthodiques, d'abord avec des cataplasmes de fécule, puis avec de l'onguent styrax, et en trois à quatre semaines on obtint la guérison entière d'une maladie qui durait depuis près d'une année.

Combien de fois, à l'aide de simples topiques réfrigérants, sédatifs, astringents, j'ai vu céder des *eczéma* des membres inférieurs, des éruptions *lichénoïdes* de l'anus ou des parties génitales et aussi d'autres régions du corps, sans autre prescription interne qu'un régime sobre!

Cela ne veut pas dire que j'ose demander la suppression des remèdes internes dans les maladies de la peau, ou même révoquer en doute la part qu'on peut leur attribuer dans un certain nombre de cas... Mais je voudrais qu'on mît plus de logique, plus de sévérité, plus de scrupule dans l'interprétation de faits que l'on admet avec trop de facilité comme des preuves en faveur de leur action spécifique.

Tous les jours je prescris le *sirop de deuto-iodure-ioduré* dans les *syphilides*, la *liqueur acide* (arsenicale) dans le *psoriasis*, l'*iodure de potassium* dans les éruptions tuberculeuses, *l'huile de foie de morue* et l'*huile iodée* dans les éruptions impétigineuses, l'*acétate de potasse* dans les éruptions acnéïques, l'*eau sulfureuse naturelle d'Enghien* dans les éruptions eczémateuses, etc., etc.

Mais, dans l'immense majorité des cas (les *syphilides* mises à part), très certainement, c'est aux topiques et aux bains qu'il faut attribuer la plus grande part dans la guérison.... tellement que, sans la nécessité d'agir sur le moral des malades, et hors le cas de diathèse lymphatique ou scrofuleuse très prononcée, je crois fermement qu'on pourrait s'en tenir à la médication externe.

Il est pourtant une classe de remèdes internes dont je fais le plus grand cas, que j'emploie avec confiance dans presque toutes les éruptions chroniques, mais surtout dans celles qui sont accompagnées d'une exhalation humorale plus ou moins abondante, ce sont les purgatifs.

La plupart des malades de notre division, à l'hôpital Saint-Louis, font un usage journalier de l'eau de Sedlitz, et plusieurs d'entre eux ne prennent aucun autre médicament.

Assurément, les purgatifs ne peuvent être regardés, à proprement parler, comme des remèdes spécifiques ; mais ils ont une

action révulsive, évacuante et dépurative qui justifie la renommée traditionnelle qu'ils ont acquise dans le traitement des maladies de la peau, et que les théories humorales ont tant contribué à rendre populaire.

On sait que les purgatifs constituent l'arcane de prédilection des empiriques et des charlatans.

Il était réservé à la dégradation intellectuelle et morale où est tombée notre triste époque de voir les niaiseries inertes de l'homœopathie venir faire concurrence à cette médication puissante et énergique. Il est curieux de voir les gens du monde accueillir avec la même crédulité le remède dont les effets rapides, manifestes, énergiques produisent dans toute l'économie une perturbation subite et profonde, et celui dont l'action complétement insensible n'a de prises que sur l'imagination!

Quoi qu'il en soit, on ne saurait contester les cures vraiment remarquables que certains empiriques de nos jours obtiennent à l'aide des purgatifs drastiques et des topiques styptiques parmi lesquels l'un des plus célèbres est un onguent verdâtre, où l'oxide de cuivre est combiné avec une matière extractive végétale.

Mais ces traitements perturbateurs offrent souvent de graves inconvénients que n'offre jamais l'emploi prudent et méthodique des purgatifs salins.

---

7. *Étude sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques des composés ammoniacaux* ; par le docteur J. Delioux, professeur de matière médicale à l'école de médecine navale de Rochefort.

Suite et fin : *voir* t. V, mai 1851, p. 62; t. VII, juillet, p. 36 ; t. VIII, août p. 35.

(Archives générales de médecine, septembre 1851.)

XXII. La solution d'acétate d'ammoniaque, dans les proportions indiquées par le Codex, ou dans celles que nous proposons, n'a pas d'action topique appréciable. Ce médicament ne peut donc pas agir comme irritant, ce qui permet de l'administrer à des doses auxquelles on ne pourrait porter les autres composés ammoniacaux ; pour en obtenir des effets sensibles, il faut même, chez l'adulte, le prescrire au moins à 4 grammes par jour, dose qui, pour le médicament du Codex, n'équivaut pas tout à fait à 1/3 de gramme d'acétate d'ammoniaque réel. Si quelquefois cependant une dose inférieure peut suffire, le plus souvent il faut l'augmenter ; nous n'avons pas dépassé 30 à 40 grammes par jour,

mais nous comprenons qu'on ait donné sans inconvénient jusqu'à 100 grammes. Toutefois, dans ce dernier cas, nous croyons que, pour que le médicament soit absorbé, il est nécessaire de le filer à doses fractionnées ; sinon, comme toutes les solutions salines un peu concentrées, il serait en grande partie évacué par les selles.

Les propriétés irritantes de l'acétate d'ammoniaque médicinal étant nulles, ses propriétés stimulantes nous paraissant fort controversables, il ne lui reste que les quatre autres modes d'action que nous avons attribués aux composés de la même base et, encore, la majorité des praticiens ne l'employant pas aujourd'hui en des circontances où l'on pourrait le faire valoir comme neutralisant ou altérant, c'est presque exclusivement comme antispasmodique et comme fluidifiant qu'il nous paraît agir dans les maladies au traitement desquelles il a été le plus récemment appliqué. En décomposant ainsi en ces deux derniers modes la somme de son action thérapeutique la plus habituelle, on la juge d'une manière moins absolue qu'en la rapportant uniquement à l'hyposthénie. A notre point de vue, l'hyposthénie n'est jamais un effet primitif d'un composé ammoniacal, mais seulement (quand elle se produit, car elle n'est point forcée), l'effet secondaire subordonné a un effet primitif antérieure, immédiatement déduit de l'un des six modes d'action de la médicamentation ammoniacale. L'hyposthénie n'est donc que contingente, et conjointe particulièrement aux actions antispasmodique, fluidifiante et altérante. C'est parce que nous n'avons pas méconnu cette dépression possible de actes vitaux, tant physiologiques que morbides, que nous n'avons pas hésité à faire entrer plusieurs fois l'hyposthénie ou la sédation au nombre des éléments médicateurs; mais aussi, et dans le même esprit d'analyse impartiale, nous avons compté l'hypersthénie pour quelque chose, et nous l'avons reconnue, elle, comme conjointe aux actions irritante et stimulante. Sur ce terrain de conciliation où nous avons placé la question, en lui faisant suivre strictement, pour y arriver, la ligne du fait, toutes les doctrines peuvent s'entendre au moyen de concessions réciproques, et en renonçant, chacune pour son compte, au dogme de l'unicité d'action des composés ammoniacaux ; là, par exemple, serait vidé le débat pendant encore, entre les thérapeutistes italiens, sur la théorie pharmaco-dynamique de l'ammoniaque.

L'action hyposthénisante peut cependant renforcer directement l'action antispasmodique de l'acétate d'ammoniaque, à la faveur d'un phénomène chimique généralement admis. L'élément

électro-négatif de ce sel, l'acide acétique, doit être, comme tous les acides végétaux, brûlé dans le sang par l'oxygène introduit par la respiration, et transformé en acide carbonique. Quand le médecin administre de l'acétate d'ammoniaque, l'organisme en fait, en grande partie, du carbonate d'ammoniaque : de sorte que, rigoureusement parlant, le premier de ces sels n'a point les inconvénients, l'action irritante topique du second, tandis qu'il en possède, et au delà, tous les avantages dynamiques. Or, l'oxygène consommé pour transformer les sels à acides végétaux en carbonates est enlevé à l'artérialisation du sang, d'où le ralentissement du mouvement circulatoire, dont l'impulsion est en rapport avec la quantité d'oxygène qui revivifie le sang des veines ; d'où, enfin, l'action tempérante, pour parler le langage scolastique, des acides végétaux. L'action tempérante n'est qu'un mode spécial d'hyposthénie. Nous nous expliquons doublement ainsi comment, de tous les médicaments ammoniacaux, l'acétate nous a paru être celui qui ralentit le plus sensiblement le pouls.

En résumé, action fluidifiante, action antispasmodique, action tempérante ou hyposthénisante du système circulatiore : tel est le triple caractère du pouvoir dynamique de l'acétate d'ammoniaque.

XXIII. Ce médicament pourrait être employé, et l'a été, dans un grand nombre de cas où les autres médicaments ammoniacaux ont été mis en usage. Il s'agit ici de faire un choix, et d'indiquer les principales circonstances où son utilité a été le mieux constatée.

Il est peu d'affections nerveuses où il n'ait été préconisé, depuis les névroses les plus graves, l'épilepsie, l'hystérie, les névralgies les plus tenaces, jusqu'aux spasmes les plus légers, les douleurs passagères. L'élément nerveux ne fut-il que sur-ajouté à d'autres éléments morbides, l'acétate d'ammoniaque se présente encore comme l'un des agents les plus capables de vaincre la complication névropathique. Toutes les fois, suivant M. Carrière qu'il y aura accumulation exagérée de fluide nerveux sur un organe, il agira en distribuant les forces nerveuses du centre à la périphérie, et il devra alors être employé, parce que, sous son influence, l'innervation peut être ramenée aux conditions physiologiques de son état normal. Nous ne pouvons qu'applaudir à une pensée aussi voisine de la nôtre, à un précepte aussi rationnel. Nous ne croyons pas toutefois, avec M. Carrière, que l'acétate soit stimulant diffusible à haute dose, antispasmodique à dose faible ; mais il a si bien apprécié l'indication

thérapeutique, que la dissidence entre nous n'est qu'apparente sur un point de théorie.

Parmi les faits les plus saillants qui révèlent l'utilité de l'acétate d'ammoniaque dans les maladies aggravées par le désordre de l'innervation, nous citerons les fièvres typhoïdes et exanthémiques et les pneumonies délirantes.

L'esprit de Minderer avait acquis la réputation la plus solide dans le traitement du typhus, des fièvre malignes, adynamiques, pétéchiales, etc. Au commencement de ce siècle, Masuyer avait rappelé l'attention des praticiens sur l'utilité de l'acétate d'ammoniaque dans le typhus nosocomial. Malgré les éloges donné sà ce mode de traitement par plusieurs médecins, entre autres par MM. Vaidy et Sizaire-Violet, on ne trouve, dans les travaux modernes dont la fièvre typhoïde a été l'objet, qu'un petit nombre de faits en faveur de l'emploi de ce médicament. Qu'il nous soit donc permis d'invoquer ici notre expérience personnelle. Il y a quelques années (en 1845), nous avons fréquemment administré l'acétate d'ammoniaque dans la fièvre typhoïde, à l'hôpital maritime de Brest, et voici ce que nous avons cru reconnaître sur sa valeur thérapeutique et sur les indications qui réclament son emploi.

Tous les médecins qui ont observé sans partialité cette grave maladie, sur la nature et le traitement de laquelle règnent malheureusement encore tant d'incertitudes, savent très bien que si elle offre habituellement un enchaînement de symptômes caractéristiques évoluant dans les limites de trois à quatre septenaires, la proportion inégale de ces manifestations symptomatiques, la prépondérance de l'un de ses éléments organo-pathologiques sur les autres, l'apparition de crises ou d'épiphénomènes inattendus sans défigurer sa physionomie pathognomonique, ni dénaturer sa spécificité, lui ôtent cependant cette simplicité d'apect d'où surgiraient des indications thérapeutiques uniformes et constantes. Jusqu'à ce que la science ait trouvé, s'il en existe, un spécifique des affections typhoïdes, le médecin, imparfaitement armé contre elles, est trop souvent réduit, en leur présence, à la thérapeutique du symtôme, et conséquemment, en présence de symptômes variables, il doit se tenir prêt à varier sa médication. Loin de nous donc toute pensée d'appuyer ou de propager une méthode inflexible ; voici non un spécifique, non une panacée , mais un médicament utile , et voici dans quelles limites nous l'avons reconnu tel.

Vers la fin du premier septénaire, quand l'état typhique s'est décidément prononcé, il survient trop souvent, dans les forces

et dans les actions vitales, un ensemble de modifications diversement groupées, qui révèlent à la sagacité du clinicien un nouveau péril. Tantôt le pouls se ralentit et se déprime, le décubitus dorsal est persistant ; la stupeur, plus ou moins profonde, est à peine et rarement nuancée d'un subdelirium vague ; les fuliginosités buccales et les escharres cutanées, la détente des sphincters, dénotent une altération aussi radicale de la crase des liquides que de la tonicité des solides ; le malade est dans *l'adynamie.* Tantôt, au contraire, en lutte avec des paroxysmes fébriles plus ou moins intenses, le malade délire bruyamment, avec violence, parfois avec furie ; il est en proie à une jactitation extrême, à des spasmes d'une étendue variable, tendineux ou musculaires ; il est dans *l'ataxie.* Contre l'adynamie, la médecine a quelques ressources ; le quinquina, les boissons alcooliques ou seulement vineuses, tonifient, stimulent assez le sujet pour remonter quelquefois la force vitale ; mais contre l'ataxie, quel parti prendre? Stimuler franchement? Alors l'état nerveux s'exalte. Débiliter, comme on est obligé pourtant de le faire avec réserve dans quelques circonstances? Mais quelle prudence ne faut-il pas pour en agir ainsi, dans une maladie dont le fond adynamique est si ordinaire, si fréquemment virtuel, sous un masque trompeur d'excitation ? Et s'il y a mélange d'ataxie et d'adynamie, ce qui s'observe très souvent, lequel de ces deux éléments faut-il attaquer ? Il y a là matière à un doute fort grave, et cependant l'expérience démontre que, tant qu'à agir, il vaut mieux combattre par les toniques l'adynamie. L'ataxie complique d'une manière si sérieuse la fièvre typhoïde et déroute tellement la thérapeutique, que nul auteur ne prescrit contre elle une méthode précise; que la plupart se bornent à lui opposer les révulsifs externes, sinapismes et vésicatoires, sans y avoir une confiance absolue ; que quelques praticiens enfin, dans la crainte d'exagérer le mal par des médications inopportunes, aiment mieux se cantonner dans l'expectation.

Eh bien ! c'est contre l'ataxie que nous avons employé, avec un avantage marqué, l'acétate d'ammoniaque, depuis 4 jusqu'à 30 gr., par vingt-quatre heures. Il n'a jamais augmenté l'excitation nerveuse, il l'a calmée, au contraire, tantôt rapidement, tantôt après une insistance de plusieurs jours ; et, si nous avons bien observé, jamais il n'a fait de mal quand il n'a pas fait de bien. Il nous a paru avoir une influence sensible sur le système circulatoire, en *tempérant* le mouvement fébrile, mais sans le déprimer au point d'amener la prostration adynamique ; il serait bon, toutefois, pour l'éviter, de surveiller l'action du médicament sur le pouls, et de

ne pas en exagérer ou en prolonger sans besoin les doses. Il n'a déterminé aucun trouble dans les organes digestifs, et nous l'avons vu opérer cet effet remarquable, signalé par Masuyer et antérieurement par Selle, d'enlever la sécheresse de la bouche, d'en faire disparaître les fuliginosités, de modifier, en leur rendant l'aspect le plus favorable, toutes les sécrétions buccales, et de rendre enfin à la langue et aux gencives l'humidité, sinon même la coloration, qui leur sont habituelles ; effet qui, lors même qu'il ne dénoterait pas une amélioration dans l'état général, serait déjà, au point de vue de la sensation, un grand bienfait pour le malade.

C'est surtout sur le système nerveux que l'influence de l'acétate d'ammoniaque nous a paru prononcée. C'est en l'apaisant, en le touchant, si l'on peut ainsi dire, à titre d'agent antispasmodique, que le médicament l'a modifié. Nous ne cherchons point à pénétrer quelle est l'essence de l'action antispasmodique de l'acétate d'ammoniaque, quelle relation existe entre son absorption vasculaire et la sédation des actes morbides de l'appareil cérébro-spinal; nous constatons le fait de son utilité contre les symptômes ataxiques. Dirait on, en voulant argumenter théoriquement, ou que l'ataxie surgit d'un certain degré de faiblesse, et que l'antispasmodique le rend à ses manifestations normales en le tonifiant et en le stimulant, ou que, l'hyperémie exaltant la vitalité des centres et des cordons nerveux, l'antispasmodique les modifie en les hyposthénisant? Nous n'admettons aucune de ces hypothèses, nous n'en proposons pas une autre, et, nous le répétons, nous constatons purement et simplement un fait, en disant que l'acétate d'ammoniaque calme et modère l'éréthisme et les spasmes de l'état ataxique. Ainsi nous ne préjugeons pas non plus sur l'essence de l'ataxie. Que dit *ataxie*, dans le sens exact de l'étymologie? Défaut d'ordre (α privatif τάξις, ordre), désordre dans les manifestations du système nerveux. Quelle est donc l'indication? Ce n'est pas de faire de l'hypersthénie ou de l'hyposthénie ; c'est d'apporter de l'ordre, de la régularité, de l'harmonie, au sein d'un désaccord dynamique entre les actions vitales dans leurs rapports avec l'influx nerveux. L'acétate d'ammoniaque a la capacité de répondre à cette indication, car expérimentalement il harmonise, coordonne, régularise la force nerveuse. Or, il faut de l'ordre dans les fonctions physiologiques comme dans les fonctions pathologiques ; l'ataxie est donc une redoutable ennemie, mais qu'une médication régularisatrice a plus de chance de faire disparaître qu'une médication perturbatrice. La perturbation est une diversion sur les flancs de la maladie ; plus

ou moins heureuse, elle n'est jamais une attaque logique et rationnelle. Il est fort possible d'ailleurs que plusieurs des moyens perturbateurs, ceux qui dérivent, révulsent les courants capillaires, les raptus, les mouvemens congestifs, agissent tout autant en faisant pénétrer dans les voies de l'absorption des principes qui modifient plus foncièrement l'organisme que l'irritation périphérique déterminée par leur application locale; que les sinapismes et les vésicatoires, par exemple, agissent en partie par l'absorption des principes solubles si énergiques de la moutarde et des cantharides : idée qui ne fait pas l'ombre d'un doute dans l'esprit des élèves de Rasori, et qui est digne de solliciter nos méditations et nos recherches.

Si nous avons trouvé l'acétate d'ammoniaque utile dans la forme ataxique de la fièvre typhoïde, il résulte de son mode d'action qu'à dose modérée, il ne peut guère nuire dans la forme adynamique, et que partant il acquiert une haute importance comme élément de traitement dans la complication ataxo-adynamique, qui est si fréquente, et qui à juste titre, inspire aux thérapeutistes tant d'indécision et d'inquiétude. Ce médicament ne nous a point empêché, du reste, de poursuivre ou d'instituer à nouveau une autre médication, réclamée soit par le fond de la maladie, soit par des symptômes actuels. Ainsi on employait concrurement les purgatifs, soit les sels neutres, soit le calomel à doses réfractées, dans lequel nous avions une grande confiance; les préparations quiniques, surtout l'extrait alcoolique de quinquina; les sinapismes et les vésicatoires cantharidés. Enfin, que l'on soit bien convaincu que, dans notre intention, l'acétate d'ammoniaque ne domine pas la thérapeutique de la fièvre typhoïde; même avec la précaution de préciser les cas où nous en avons reconnu les avantages, nous ne le présentons pas comme un spécifique, dans l'ataxie et l'ataxo-adynamie, car nous avons éprouvé des insuccès; mais comme un antispasmodique, un régulateur de l'influx nerveux, qui nous a été assez souvent utile pour le recommander à l'attention et à l'expérience des praticiens.

XXIV. La fièvre typhoïde n'étant pas la seule maladie que puissent compliquer les désordres ataxiques, l'acétate d'ammoniaque sera parfaitement indiqué partout où ces désordres viendront aggraver l'état morbide antérieur. Les fièvres exanthématiques, par exemple la scarlatine et la variole surtout, revêtent souvent un caractère de malignité, véritable ataxo-adynamie qui constitue le danger le plus imminent. Il y a là une indication pressante que les ammoniacaux sont aptes à remplir, de réprimer la désharmonie des actions nerveuses et de régulariser la fonc-

tion pathologique dont le but est l'apparition et la fixation de l'exanthème sur la peau ; et si alors, en même temps que l'exanthème, on voit survenir un certain degré de réaction fébrile et une diaphorèse plus ou moins abondante, il ne faudra pas s'empresser de dire que le médicament a stimulé les systèmes sanguin et cutané ; mais reconnaître, dans nos principes du moins, qu'agent antispasmodique, il a dissipé toute concentration de l'influx nerveux sur les organes intérieurs, et favorisé ainsi l'expansion de la force d'élimination qui pousse les fluides et les principes morbides, si l'on veut, vers les émonctoires extérieurs.

La pneumonie est encore une maladie à laquelle la participation d'une névropathie quelconque donne un nouveau caractère de gravité. Une expérience, qui remonte à Hippocrate, a surabondamment appris qu'une pleurodynie excessive rend le pronostic très fâcheux ; il le devient plus encore s'il survient des spasmes, du délire. L'acétate d'ammoniaque, dans ces cas, ne serait pas un élément peu important de la médication. En 1847, au Val-de-Grâce, M. Alquié en a fait l'application la plus heureuse au traitement de pneumonies et de bronchites capillaires excessivement graves, compliquées de symptômes cérébraux, avec délire, coma, et tous les signes d'une encéphalite ou d'une méningite aiguë, symptômes à l'éclosion desquels les saignées et le tartre stibié devenaient nuisibles ou insuffisants nous avons eu nous-même plusieurs fois l'occasion de constater l'efficacité de ce médicament contre les éléments nerveux qui se surajoutent aux pleuropneumonies.

Parmi les nombreux médicaments préconisés contre le choléra, l'acétate d'ammoniaque a dû à sa réputation d'excitant sudorifique beaucoup d'essais et beaucoup d'éloges ; il a été employé dans les trois périodes, et nous concevons qu'il y ait été utile ; mais il nous est impossible d'admettre, et par expérience, qu'il ait agi en stimulant. S'il nous est permis d'avoir un avis sur le mode d'action d'un médicament dans une maladie dont on connaît si peu la nature et le traitement, nous croyons que l'acétate d'ammoniaque agit ou comme antispasmodique, en modérant les symptômes nerveux, particulièrement les crampes et les vomissements, ou comme alcalin, en réparant les pertes salines du sérum. Quant à une influence directe sur la réaction, lorsqu'il était employé dans la période algide, nous la révoquons en doute, comme nous l'avons fait pour l'ammoniaque. Dans la dernière épidémie, M. Miramonde, de Pontoise, proposa la solution neutre d'acétate d'ammoniaque, comme base presque exclusive du traitement, à prendre par cuillerée à café jusqu'à la

la réaction; ses résultats auraient été extrêmement avantageux. Nous avouons, pour notre compte, avoir employé ce médicament sans en avoir obtenu plus de succès que des remèdes le plus pompeusement annoncés.

S'il est une portion du système nerveux vers laquelle l'acétate d'ammoniaque tende à porter une action élective, c'est, sans contredit, l'inervation de l'appareil génito-utérin. Des observations nombreuses déposent en ce sens, et parmi les plus intéressantes, celles de M. Patin, quoique déjà anciennes, résument assez bien tout ce qui a été dit, avant et après lui, de l'application des sels ammoniacaux à la pathologie spéciale de la femme. M. Patin a employé l'acétate surtout dans la menstruation difficile et douloureuse; il en a, de plus, reconnu l'avantage dans les règles excessives et les hémorrhagies utérines, et l'a même vu réussir dans un cas où une congestion sanguine de l'utérus rendait l'avortement imminent : ainsi, suivant ce médecin, ce ne serait pas seulement sur l'état spasmodique, mais encore sur toutes les causes d'excitation de l'appareil génital de la femme, que ce médicament exercerait son influence sédative. Il l'a vu enfin agir comme un puissant palliatif dans un cas de nymphomanie, et calmer souvent les douleurs du cancer de la matrice.

Parmi les autorités les plus compétentes en faveur de l'emploi de l'acétate d'ammoniaque dans les dysménorrhées douloureuses, il faut citer MM. Trousseau et Guérard. Notre opinion, à cet égard, s'est fondée sur les expériences les plus probantes, et nous avons vu maintes fois fluer les règles auparavant difficiles, et disparaître les douleurs qui précédaient ou accompagnaient leur cours avec une merveilleuse rapidité. Ce qui nous a souvent frappé et nous démontrait en même temps la puissance sédative du sel ammoniacal sur le spasme utérin, c'est l'exiguïté de la dose qu'il suffisait d'employer. M. Patin d'ailleurs, dans les circonstances précitées, n'avait guère eu besoin de dépasser 4 grammes. Lorsque l'on songe aux épreuves douloureuses que subissent mensuellement tant de femmes du monde, sans que leur résignation pudique ose implorer un remède, on doit regretter qu'un antispasmodique aussi efficace ne soit pas mieux connu par elles, et, il faut le dire aussi, par leurs médecins.

Les maladies inflammatoires peuvent trouver dans l'acétate d'ammoniaque un agent hyposthénique et fluidifiant, qui, s'il ne suffit pas toujours à leur guérison, vient en aide à des contro-stimulants plus énergiques. Dans les phlegmasies aiguës de poitrine, comme dans toutes celles qui réclament un traitement antiphlogistique, les médecins napolitains ont l'habitude d'ad-

ditionner la tisane des malades de quelques grammes d'acétate d'ammoniaque, pratique dont je ne puis que recommander l'imitation. Dans les bronchites et dans les catarrhes pulmonaires simples ou compliquant la tuberculisation, l'emphysème, les lésions organiques des centres circulatoires, M. Guérard, que l'on ne saurait trop citer à propos des médicaments ammoniacaux qu'il a si habilement expérimentés, produit d'excellents effets en mêlant l'acétate à la dose de 4 à 8 grammes dans la tisane des malades, et il apaise ainsi le mouvement fébrile, calme la dyspnée, diminue ou enlève l'anasarque et l'emphysème, en même temps qu'il améliore la phlogose de la muqueuse des bronches. Nous sommes d'autant plus dans notre droit de conseiller l'emploi de ce médicament dans tous les cas qui viennent d'être énumérés, que nous l'avons souvent employé nous-même et que nous n'avons jamais eu qu'à nous en applaudir.

Les propriétés antispasmodiques et fluidifiantes de l'acétate d'ammoniaque ne devaient pas rester inertes dans le rhumatisme et dans la goutte, où l'élément douleur se lie si intimement à l'élément phlogistique. Nous avons dit (XIII) comment nous avions appliqué ce médicament dans le traitement de la goutte; dans le rhumatisme articulaire aigu, nous en avons aussi éprouvé les avantages, mais nous y tenons beaucoup moins qu'à d'autres médicaments que nous croyons plus énergiques; il paraît cependant qu'à la dose de 80 à 100 gr. par jour, il produit des effets hyposthénisants capables de juguler la diathèse rhumatismale.

XXV. Il serait parfaitement inutile de disserter sur d'autres médicaments ammoniacaux que ceux qui viennent d'être étudiés et qui sont les seuls dont on fasse usage aujourd'hui.

Le sulfate, l'azotate, le tartrate, le citrate, jadis plus ou moins usités, n'offrent aucun intérêt spécial au thérapeutiste.

Le succinate d'ammoniaque impur, liqueur de corne de cerf succinée, que l'on trouve encore mentionné dans les pharmacopées, est tombé en désuétude, ainsi que l'eau de Luce, dont il faisait partie; ni l'un ni l'autre ne méritent une réhabilitation.

Pour n'être point accusé d'avoir commis une omission, nous devons un moment d'attention au phosphate d'ammoniaque, qui vient d'être fort vanté dans le traitement du rhumatisme, de la goutte, et de toutes les maladies où prédomine l'acide urique en excès. M. Buckler, de Baltimore, qui a proposé ce nouvel agent thérapeutique, explique les succès qu'on en peut obtenir par une théorie chimique qui ne passerait pas sans contestation sur plusieurs points. Ce médecin pense que, dans les maladies en ques-

tion, l'acide urique se trouvant dans le sang à l'état d'urate double de soude et de chaux, que ne peuvent, vu son insolubilité, éliminer ni la peau ni les reins, le phosphate d'ammoniaque détruirait ce composé en formant un phosphate de soude et un urate d'ammoniaque solubles dont l'économie se débarrasserait aisément. Mais on peut faire à cette théorie trois objections : 1° que devient la chaux ? 2° le phosphate d'ammoniaque ne favoriserait-il pas la formation de calculs de phosphate ammoniaco-magnésien ? 3° enfin est-il rationnel (ainsi que le doute en a été émis XXI) d'administrer des éléments azotés, tels que les ammoniacaux, dans une diathèse urique ?

Toutefois M. Buckler assure que le phosphate d'ammoniaque éclaircit les urines et en fait disparaître les sédiments d'acide urique. Nous n'avons point expérimenté ce sel, et conséquemment, quoiqu'il nous inspire une certaine défiance, nous n'avons point le droit de juger les résultats définitifs de son emploi.

XXVI. Un mot, en finissant, sur notre manière de voir et notre pratique relativement aux doses et au mode d'administration, à l'intérieur, des médicaments ammoniacaux.

Nous n'avons jamais atteint le maximum de la dose à laquelle plusieurs auteurs les prescrivent, peut-être, il est vrai, sans les avoir jamais employés.

L'ammoniaque liquide ne doit être donnée qu'à très petite dose, à 50 centigrammes au plus, dans les circonstances ordinaires, pour 120 grammes au moins, 200 ou même davantage, d'eau sucrée et aromatisée ; on la répétera, s'il y a lieu ; mais;il faut se tenir en garde contre l'action irritante de l'ammoniaque, et il n'est guère probable d'ailleurs que l'on ait besoin d'en faire absorber dans la même journée plus de 2 ou 3 grammes.

Le carbonate doit être commencé à 40 ou 50 centigr., rarement davantage ; on peut s'élever promptement à 1 gramme, souvent à 2 ; ce dernier terme a été notre maximum. L'action topique de ce sel étant encore fort irritante, il importe de le dissoudre dans un véhicule abondant, gommeux et sucré. On le trouve, dans plusieurs auteurs, conseillé jusqu'à 8 grammes. M. Bouchardat, dans la glucosurie, l'a porté jusqu'à 15 grammes par jour. Si l'on a affaire à une diathèse morbide qui puisse tolérer une haute dose de carbonate d'ammoniaque, il faudra au moins qu'une solution très étendue mette les muqueuses digestives à l'abri de toute irritation locale ; mais on ne devra s'élever à cette haute dose que graduellement.

Le chlorhydrate est encore assez irritant pour qu'on le prescrive avec ménagement ; en le comparant au chlorure de sodium,

qui, à 8 grammes par jour, nous a toujours procuré des effets thérapeutiques suffisants, et qui, à cette dose, échauffe assez sensiblement l'estomac, nous pensons qu'il est inutile de dépasser aussi 8 ou 10 grammes pour le chlorhydrate d'ammoniaque, et qu'il faudra même débuter beaucoup au-dessous.

Enfin l'acétate, soit l'acétate liquide du Codex, soit la solution aqueuse au10e que nous avons proposée, produira rarement des effets appréciables au-dessous de 4 grammes. On peut considérer comme dose moyenne, ordinaire, 10 à 20 gr. par jour ; dans les cas très nombreux ou nous l'avons employé, nous n'avons pas eu besoin de dépasser 40 gr. en 24 heures. Mais la latitude laissée par plusieurs pharmacologistes modernes de le porter jusqu'à 100 gr. n'a rien d'effrayant, et il serait possible même que l'on pût en faire tolérer à l'organisme des doses supérieures.

La fixation de ces doses n'est pas tellement absolue qu'elle ne puisse être modifiée selon des circonstances tout à fait imprescriptibles *à priori* ; il est bien entendu que ces doses seront élelevées ou abaissées, indépendamment de l'indication thérapeutique, suivant l'âge, le sexe, ou des conditions organiques spéciales de la part du sujet.

L'emploi des sels ammoniacaux en pilules ou en bols doit être rejeté d'une manière absolue.

Dans la préparation des potions, forme à laquelle nous accordons une préférence exclusive, il faut avoir soin de mélanger exactement le médicament avec son dissolvant aqueux, afin que les couches supérieures de la solution, si l'on a employé de l'ammoniaque liquide, les couches inférieures, si l'on a employé un sel ammoniacal, ne forment point, par leur mélange imparfait, des solutions concentrées dont l'impression sur les surfaces digestives pourrait occasionner l'irritation la plus fâcheuse, surtout s'il s'agissait de l'ammoniaque ou du carbonate d'ammoniaque.

Les potions ammoniacales doivent toujours être tenues parfaitement bouchées, pour éviter la déperdition partielle et l'altération de leurs principes actifs : il sera bon de les aromatiser pour masquer leur saveur désagréable, et nous nous servons souvent à cet effet de l'alcoolé de baume de Tolu ou de benjoin.

On peut employer pour véhicule des médicaments ammoniacaux la tisane des malades, avec la précaution de tenir couverts les vases qui la contiennent.

XXVII. *Empoisonnement par l'ammoniaque.* — Ce genre d'empoisonnement est assez rare ; il ne sera donc pas sans intérêt d'en rapporter ici deux cas dont nous avons été témoin.

Obs. I. — Le 19 mars 1848, vers 2 heures après midi, le sieur

C...., ouvrier de l'arsenal à Rochefort, se trouvant en état d'ivresse, l'un de ses amis le conduisit chez un pharmacien pour lui faire prendre une potion ammoniacale. Le pharmacien étant absent, une personne étrangère à l'art prépara la potion. C.... en avala d'un seul trait une partie ; il éprouva aussitôt une sensation violente de brûlure dans la bouche et le long de l'œsophage, rentra chez lui, se coucha, et, au moment de se mettre au lit, ressentit un frisson général très intense, mais qui dura peu. Il ne se décida que dans la soirée à entrer à l'hôpital maritime. Les renseignements fournis par cette homme étaient confus, et il était fort difficile d'apprécier la quantité d'ammoniaque qui avait été ingérée, quantité que son ami et lui évaluaient tantôt à 20 grammes, tantôt à 40. Ayant pris ultérieurement des renseignements près du pharmacien, celui-ci nous affirma que 40 à 50 *gouttes* seulement d'ammoniaque liquide avaient été versées dans un verre d'eau sucrée, mais, que l'ammoniaque n'ayant point été mélangée avec le véhicule aqueux, elle l'avait surnagé, en raison de sa pesanteur spécifique, et qu'elle avait ainsi, au moment de l'ingestion, passé sur la muqueuse digestive à l'état de solution très concentrée, dont l'action caustique, presque immédiate, avait à peine été tempérée par quelques gorgées d'une solution plus étendue, ou même d'eau sucrée pure, qui formaient les couches inférieures de la potion. Quoi qu'il en soit, au moment de l'entrée de C..., à l'hôpital, il n'y avait plus à songer à la neutralisation du poison, et l'on ne pouvait chercher qu'à combattre une inflammation des voies digestives, qui offrait une assez grande intensité. Le chirurgien de garde prescrivit donc 15 sangsues à la gorge, et 20 sur l'épigastre, et de la limonade tartrique.

Le 20 mars au matin, à notre visite, nous trouvâmes C.... dans l'état suivant : douleur très vive dans le pharynx, l'œsophage et l'estomac; difficulté dans la déglutition, gonflement œdémateux de toutes les parties de la cavité buccale, rougeur très vive de la muqueuse : celle-ci est recouverte, par larges places, d'une exsudation gris blanchâtre, pseudomembraneuse, peu épaisse et mollasse ; cette exsudation recouvre surtout la la face supérieure de la langue, les amygdales, et les piliers palatins. Il n'y a ni vomissements ni nausées, mais la cardialgie est très vive. Le pouls n'exprime qu'une réaction fébrile peu intense. *Prescription* : 20 sangsues sur l'épigastre, cataplasmes à la chûte des sangsues, gargarisme avec décoction de graine de lin et miel rosat ; pour boisson, eau albumineuse sucrée. Les symptômes s'amendent pendant la journée.

Le 21, la bouche, le pharynx, l'estomac lui-même, sont beaucoup moins douloureux ; l'inflammation et le gonflement de la bouche ont aussi beaucoup diminué; le pouls a repris son rhythme normal. On continue l'eau albumineuse, le gargarisme, et les cataplasmes au cou et sur l'épigastre.

Les jours suivants, le traitement émollient suffit pour éteindre les symptômes inflammatoires ; seulement quelques loochs diacodés ont dû être prescrits, en plus, pour dissiper des douleurs persistantes du côté de l'estomac. La muqueuse buccale a repris peu à peu ses caractères ; l'exsudation plastique s'est détachée et a disparu. Le 12 avril, vingt-cinq jours après l'accident, C... sort de l'hôpital, entièrement guéri.

Obs. II — Le...janvier 1851, à 10 heures du matin, nous fûmes appelé près de Mme P..., âgée d'une soixantaine d'années, qui venait d'être atteinte d'un étourdissement, accident auquel elle était fort sujette, et qui avait déterminé une chûte sur le pavé. Malgré une contusion de la région frontale, l'état de Mme P... ne nous parut pas très grave, et un pédiluve sinapisé, une infusion de tilleul, furent les seuls moyens que nous jugeâmes à propos de conseiller. Le médecin ordinaire de cette dame, M. le Dr T...., qui arriva dans la matinée, ne crut pas non plus devoir recourir à une médication plus active, et se borna à prescrire une potion calmante.

Mme P... avait l'habitude, pour combattre les états nerveux dont elle était souvent affectée, de respirer de l'ammoniaque liquide. Un flacon contenant ce médicament se trouvant sur la cheminée à côté de la potion prescrite par M. T..., la garde-malade se méprit, et présenta à Mme P..., une cuillerée à café d'ammoniaque, au lieu d'une cuillerée de la potion calmante ; la dose d'ammoniaque, si malheureusement offerte, fut immédiatement avalée. Une sensation explosive de brûlure dans la bouche et dans le pharynx apprit aussitôt à la malade de quelle erreur elle venait d'être victime. On lui fit boire de l'huile, de la limonade au citron, dont l'acide devait en partie neutraliser la base alcaline ; mais l'action de ce caustique est tellement immédiate sur des surfaces muqueuses, que, pour arrêter dans l'espèce l'effet topique du poison, il faudrait, à quelques secondes d'intervalle, fait agir le contre-poison chimique. L'inflammation de toute la cavité buccale persista donc avec une extrême intensité, s'accompagnant d'un gonflement considérable des lèvres, de turgescence de la face, et d'une douleur fort vive. Il y avait ici, comme dans l'observation I, une exsudation pseudomembraneuse caractéristique, rougeur extra-normale de la muqueuse sur les

places où manquait cette exsudation, et boursouflement œdémateux de toutes les parties sous-jacentes. L'ammoniaque semblait avoir épuisé son action sur les muqueuses buccale et pharyngienne, car il n'y avait qu'une douleur très légère dans l'œsophage et dans l'estomac, soit qu'une très petite quantité du caustique eût franchi les limites inférieures du pharynx, soit que la limonade citrique en l'huile, ingérées et assez grande abondance, eussent prévenu toute irritation sur les portions inférieures de la membrane digestive.

Des gargarismes émollients, et des sangsues appliquées en collier au-dessous de la mâchoire, modérèrent un peu cette inflammation ; mais des accidents cérébraux survinrent, favorisés sans aucun doute, chez un sujet déjà prédisposé, par l'irritation d'organes si voisins de la base du crâne, et par l'afflux consécutif du sang vers cette région, et au bout de peu jours, la malade succomba, après avoir présenté tous les symptômes d'une congestion cérébrale.

Dans ces deux observations, il n'y a eu aucun de ces symptômes dynamiques spéciaux qui expriment l'action des substances vénéneuses sur l'économie ; on n'y a point vu, par exemple, cette excitation du système nerveux, et en particulier de la moelle épinière, que M. Orfila croit l'ammoniaque et le sesquicarbonate d'ammoniaque susceptibles de produire après leur absorption. Les résultats de l'action topique ont pu seuls être constatés : dans le premier cas, l'inflammation est restée idiopathique ; dans le second, elle a retenti sur le cerveau, mais sous l'influence d'une prédisposition sans laquelle l'accident eût probablement été d'autant moins grave que la portion sous-diaphragmatique du canal alimentaire était à peine affectée.

L'ammoniaque, ingérée pure ou en solution concentrée dans les voies digestives, produit donc une véritable cautérisation, une blessure plutôt qu'un empoisonnement proprement dit, et il en serait certainement de même d'une dose exagérée et prise d'emblée de sesquicarbonate d'ammoniaque. Ce n'est pas la quantité de l'une ou l'autre de ces deux substances qui a pu passer dans les voies de l'absorption qui constitue la gravité du cas ; c'est l'inflammation produite par leur action topique, et c'est contre elle qu'il faut agir. Or il nous semble que cette inflammation revêt un caractère presque spécifique, lequel se déduit de l'apparition de cette exsudation *sui generis* que nous avons observée dans les deux cas qui précèdent et qui paraît aussi avoir frappé Nysten, à en juger par les termes d'une observation de cet auteur, consignée dans le *Traité de toxicologie* de M. Orfila. En effet, Nysten

signale sur certaines parties de la muqueuse buccale une *surface blanche*, une *coloration muqueuse blanche*, et il compare à un *croup aigu* l'inflammation du larynx et des bronches qui a entraîné la mort de son malade (épileptique empoisonné plutôt par la vapeur de l'ammoniaque que par la solution qui en avait été déposée dans la bouche) ; mais cette exsudation n'a point les caractères des pseudomembranes diphthéritiques ; elle est mollasse, pultacée, peu épaisse, se détache facilement, et n'offre point la tenacité et l'organisation avancée des membranes croupales ; elle paraît incapable de former, comme ces dernières, un obstacle à la respiration, de constituer par elle-même un danger, lequel gît intrinsèquement dans l'inflammation et non dans son produit. Il y a de l'analogie entre elle et la concrétion membraniforme qui se développe promptement aussi à la surface de tout vésicatoire ammoniacal. On pourrait tirer de ce phénomène, qui paraît être un caractère de l'irritation topique de l'ammoniaque, une objection contre la proposition que nous avons émise de substituer ce caustique aux agents coagulants pour modifier les inflammations diphthéritiques. Nous répondrions d'abord en insistant de nouveau sur les différences qui séparent la pseudomembrane ammoniacale des pseudomembranes de la diphthérite, et en en tirant la conséquence que la première ne pourra jamais, comme les secondes, devenir un obstacle sérieux à l'entrée de l'air dans les voies respiratoires, et ensuite que l'exsudation qui surviendrait à la suite de la cautérisation ammoniacale n'acquerra point l'épaisseur et la tenacité des escharres produites par les caustiques coagulants. D'ailleurs l'observation de Nysten et les deux qui précèdent démontrent que l'action cautérisante de l'ammoniaque, développée sur une large surface à l'entrée des voies aériennes, n'a pu le moindrement créer une imminence d'asphyxie.

Nous n'avons aucune modification à apporter au traitement conseillé par les toxicologistes français. Nous le répétons, l'action neutralisante du vinaigre ou de toute boisson acidulée ne saurait être efficace qu'à l'instant où le poison est introduit dans les voies digestives ; au-delà de cet instant, qu'il sera bien difficile au praticien de saisir, il ne restera à appliquer que le traitement d'une inflammation traumatique

---

8. *Des effets du cathétérisme du tympan dans les névralgies* ; par M. le docteur H. DESTERNE, ancien interne des hôpitaux.

(L'Union médicale, Nos 43 et 45 ; 12 et 17 avril 1851.)

(M. le docteur Desterne nous a remis un volumineux manuscrit, qu'à cause de son étendue, il nous a été impossible d'imprimer en entier. La partie de ce mémoire que nous publions aujourd'hui n'est donc qu'un extrait du travail de l'auteur, extrait qui nous a paru le plus propre à fixer le jugement de nos lecteurs sur la découverte annoncée par M. Desterne, et de la valeur de laquelle, nous le répétons, nous n'entendons pas nous porter garants. Amédée LATOUR.)

—

.... Le cathétérisme du tympan, dans les névralgies, est un fait nouveau dans ses applications, dans ses résultats. Il a rencontré tout d'abord des incrédules et des adversaires. Il devait en être ainsi. Il est seulement regrettable qu'avant même de connaître mon œuvre, quelques confrères m'aient attaqué avec une hostilité que rien ne peut justifier. La *Presse* et plusieurs journaux, après elle, avaient, dans leurs colonnes, consacré à ma découverte quelques lignes, à la rédaction desquelles je suis complétement étranger. Le croirait-on ? le retentissement ainsi donné à mon nom est un crime. De là toute espèce d'imputations mal fondées et indignes de mon caractère. . . . . .

.... J'avouerai d'abord, franchement, que c'est sans théorie préconçue que je suis arrivé à pratiquer cette opération. Une seule opinion m'a guidé dans ma première tentative ; un seul désir me l'a inspirée, celui de me rendre compte de la guérison des névralgies sciatiques par la cautérisation de l'oreille, guérison que je croyais mal appréciée ou mal comprise. Il me semblait, contrairement à l'explication donnée, qu'il y avait dans ce résultat autre chose qu'une influence morale et d'autres phénomènes à étudier que ceux produits par la frayeur.

Je cherchai donc les moyens d'analyse nécessaires à l'examen de cette importante question. Le hasard aidant, je crus trouver, dans les circonstances suivantes, l'occasion favorable d'expérimenter.

Le 22 décembre 1850, un enfant de 12 à 14 ans se présente à la consultation de M. Duplay, aux Incurables (hommes), pour se faire arracher une dent dont il souffre depuis plusieurs jours, cette dent n'est pas altérée, mais les douleurs qu'elle cause sont telles que ce pauvre enfant paraît être insensible à tout ce qui l'entoure. J'essaie d'abord, et à plusieurs reprises, de fixer son

attention, de l'intimider même, soit en lui montrant la clé de Garengeot, et les daviers, soit en l'entretenant de l'atroce douleur qu'il va supporter. Il ne s'inquiète et ne s'émeut de rien et me supplie instamment de le délivrer de son mal. — On sait, pourtant, combien de fois il arrive que de très vives douleurs se trouvent momentanément calmées par l'appréhension d'une douleur encore plus vive. — Chez cet enfant rien de semblable. L'attention et l'imagination restent inertes, absorbées par l'intensité du mal. — On dirait, pour raisonner dans le sens de l'hypothèse très admissible d'ailleurs de l'existence d'un fluide nerveux, que cet élément de la sensibilité s'est concentré en un seul point, la partie malade.

Cette circonstance de l'influence morale ne pouvant être invoquée dans le cas présent, j'imaginai de déterminer cette sensation désagréable que tout le monde a ressentie en se touchant le tympan avec une tête d'épingle. — Je ne croyais pas guérir, je le répète, mais je m'attendais, pour le moins, à quelque phénomène imprévu qui me mît sur la voie de l'explication que je cherchais. Quel que soit le résultat de cette opération si simple et d'un essai si peu compromettant pour ce petit malade, il ne sera certainement pas possible, me disais-je, de l'attribuer, ici, à un sentiment de crainte ou de frayeur ; peut-être pourrais-je conclure de ce fait aux effets de la cautérisation de l'hélix dans les névralgies sciatiques.

Je ne puis disconvenir que j'étais à la recherche de l'inconnu, mais il n'y avait certes, rien d'impirique dans mes projets d'expérimentation. — Il n'y a peut-être jamais eu, au contraire, de tentative mieux justifiée par les dispositions anatomiques de la région sur laquelle j'allais opérer. Et, en effet, les connexions si étroites et si remarquables qui existent par l'intermédiaire du marteau, entre le tympan et cette branche de la septième paire de nerfs, généralement connue sous le nom de corde du tympan, la nature mixte, c'est-à-dire sensible et motrice tout à la fois de ce petit cordon nerveux, les liaisons anastomotiques qu'il établit entre la 5e et la 7e paires, n'étaient-ce pas là autant d'éléments capables de me faire pressentir un résultat.

En physiologie, d'ailleurs comme en pathologie, les faits se présentaient, en foule, à mon esprit pour légitimer mon expérimentation. Tout le monde sait, par exemple, qu'un bruit violent ou désagréable est suivi chez quelques personnes à système nerveux délicat d'une sensation d'agacement très pénible dans les dents et même, parfois, d'un frisson par tout le corps. Cette sensation, ce phénomène sympathique entre l'organe de l'ouïe

et le nerf dentaire, n'a d'autre point de départ qu'une violente vibration du tympan ; il m'était bien permis d'en conclure qu'en imprimant à cette membrane une succession analogue, j'obtiendrais peut-être quelque modification dans l'intensité de la névralgie sur laquelle je voulais agir. J'essayai donc. Saisissant alors l'oreille de mon impatient malade, j'introduis doucement, dans le conduit auditif externe, l'extrémité mousse d'une sonde cannelée, de manière à toucher le tympan aussi légèrement que possible. Le but atteint, l'instrument retiré, je vois l'enfant s'étonner, puis se recueillir ; je l'interroge. Son premier mot est de me dire qu'il est guéri.

Quatre malades attendaient dans la salle de consultation pour se faire arracher des dents douloureuses ; j'expérimentai de nouveau ; et, quatre fois de suite, j'obtins le même succès. — Il y avait dans ces derniers résultats quelque chose de plus extraordinaire encore que dans le premier fait, car j'avais expérimenté sur des dents profondément affectées par la carie.

Je n'ai pas pris note de ces premières guérisons ; je suppléerai à cet oubli, en citant quelques cas de névralgies dentaires guéries peu de temps après :

Névralgie dentaire du côté gauche avec carie ; — guérison instantanée.

Obs. I. — Mlle E. M..., âgée de 16 ans, souffre, depuis cinq jours, d'une névralgie dentaire du côté gauche. Les douleurs, sans être excessivement vives, s'étendent du maxillaire inférieur, où l'on voit deux dents cariées, jusque dans la tempe du côté correspondant. Ces douleurs s'exaspèrent la nuit, au point d'avoir empêché deux fois le sommeil.

J'introduis dans le conduit auditif externe, du côté correspondant au siége de la douleur, l'extrémité d'un stylet boutonné, de manière à toucher le tympan, et Mlle M... dit ne plus souffrir ni dans la tempe, ni dans le maxillaire inférieur (24 décembre 1850).

Le 27 décembre, trois jours après, on m'avertit que la guérison s'est maintenue.

Névralgie dentaire causée par l'éruption d'une dent.

Obs. II. — Mlle L. C... Cette petite fille, âgée de dix ans et demi, souffre, depuis huit jours, dans la mâchoire inférieure du côté droit, où la gencive est tendue et gonflée par l'éruption

d'une grosse molaire. La nuit, la douleur est assez forte pour empêcher le sommeil.

Opérée le 24 décembre 1850, et instantanément guérie des douleurs qu'elle éprouvait.

Je serai sobre de ces sortes d'observations; les maux de dents se présentent assez souvent dans la pratique, et il est trop facile d'expérimenter pour que chacun ne puisse être fixé sur la réalité de ces guérisons. Du reste, le premier cas que j'ai cité a été opéré en présence d'un honorable médecin des hôpitaux de Paris, M. Duplay, qui s'est assuré par lui-même de la carie des dents douloureuses.

Le second fait me semble plus intéressant, en ce sens que la douleur était causée par l'éruption d'une dent nouvelle, et que la gencive était tendue et gonflée. J'ai vu très rarement, en pareil cas, les souffrances disparaître complétement; on dirait que l'état inflammatoire comporte nécessairement avec lui un certain degré de douleur qu'il est impossible de dissiper, et qui persiste tant que le mouvement fluxionnaire persiste lui-même. Néanmoins, le toucher du tympan produit une amélioration que tous les malades ont constatée. — Il serait important de savoir si cette amélioration se maintient.

Névralgie dentaire avec fluxion de la gencive; — Soulagement marqué.

Obs. III. — Mme D..., âgée de 25 ans, se plaint, depuis trois jours, d'un mal de dents excessivement douloureux au niveau de la troisième molaire du côté gauche, à la mâchoire supérieure. La dent est gâtée. Il y a, en même temps, une légère fluxion de la gencive. La malade a passé la nuit sans sommeil; et, au moment où on l'interroge, elle dit souffrir beaucoup.

Je pratique le cathétérisme du tympan, et, immédiatement après l'opération, la douleur a tellement diminué, que Mme D... se croit guérie.

Je passe à une seconde série de faits sur l'application du cathétérisme du tympan dans les névralgies faciales.

Je crois inutile d'insister pour faire comprendre que la guérison des névralgies dentaires, par la succussion artificielle du tympan, une fois découverte, toutes les expériences qui l'ont suivie n'en étaient que la conséquence.

Névralgies de la tête, datant de six mois et demi; — guérison instantanée.

Obs. IV. — Mlle Lor..., âgée de 17 ans, née à Verdun, aujour-

d'hui domiciliée à Paris, chez ses parents, où elle exerce l'état de couturière.

Tempérament lymphatique; constitution délicate; peau fine et blanche ; cheveux blonds ; règles bien ordonnées, malgré quelques symptômes de chlorose. En 1847, cette demoiselle a été prise, à Metz, d'une fièvre intermittente quotidienne qui a duré deux mois entiers (mai et juin). Depuis, chaque année, vers la même époque, les accès de fièvre se reproduisent et persistent le même temps. L'apparition des premiers accès a été suivie d'un érysipèle de la face.

En 1850, Mlle Lor... vint habiter Paris avec sa famille, et depuis, les accès de fièvre n'ont pas reparu; mais en juillet 1850 survient, sans cause bien appréciable, un érysipèle de la face qui détermine la chûte des cheveux. C'est à la suite de cet érysipèle que les premières douleurs névralgiques apparaissent.

Elles occupent d'abord les pariétaux des deux côtés, le front, les deux oreilles et la mâchoire supérieure gauche, variant à certains jours dans leur intensité, se maintenant, pendant deux ou trois jours, excessivement pénibles, puis cédant le même espace de temps pour se reproduire avec le même degré de violence. Ces accès s'annoncent et se terminent sans que la malade éprouve de sentiment de chaleur ou de froid. Ils débutent souvent dans un mouvement de mastication, au niveau de la deuxième petite molaire du maxillaire supérieur du côté gauche. Cette dent est creusée par la carie; on logerait une tête d'épingle dans la cavité qu'elle y a produite. Au reste, un temps humide et froid, un simple courant d'air, suffisent pour provoquer ces douleurs et pour les rendre encore plus aiguës. Dans les moments de leur plus grande intensité, Mlle Lor... les compare à des coups de lancette qu'on lui donnerait dans la tête ; il lui semble qu'on lui arrache les dents. Les douleurs d'oreille sont encore plus insupportables ; elles empêchent que les sons ne soient nettement perçus. L'intelligence elle-même se trouble assez souvent. L'appétit languit. L'épigastre est douloureux, et le toucher en augmente la sensibilité. L'œil larmoie du côté gauche. Les paupières, le nez, la tempe, le cuir chevelu et la bouche du même côté sont aussi plus sensibles au toucher. L'action de se moucher exaspère les douleurs, qui s'accompagnent de battements à la tempe gauche, de fréquents épistaxis et de contractions brusques, rapides et involontaires des muscles orbiculaires des paupières de chaque côté; contractions qui ne cessent qu'avec l'accès.

Le 25 février 1851, je pratique le cathétérisme du tympan des deux côtés, pendant un accès. Guérison instantanée et soutenue

(8 mars). Le clignement des paupières, la sensibilité de l'épigastre, les épistaxis, les battements de la tempe du côté gauche, tout a disparu à la fois L'appétit et la gaîté sont revenus.

La nature et l'origine des douleurs éprouvées par la malade, le trajet qu'elles suivent, le siége qu'elles occupent, leurs moments de crise ne permettent pas de douter du caractère de cette affection. C'est une hémicranie du côté gauche succédant à une névralgie localisée d'abord sur toute la partie supérieure de la tête. De plus, c'est une hémicranie extrêmement douloureuse. Pour tout observateur de bonne foi, il n'y a pas plus à discuter ici le diagnostic de la maladie qu'à mettre en question les effets du cathétérisme du tympan. Les deux choses sont incontestables; je ne m'y arrêterai donc pas. Je ferai remarquer seulement l'influence salutaire exercée par l'opération sur les troubles de l'estomac. C'est la première fois que j'appelle l'attention sur un organe aussi éloigné de l'oreille; mais j'aurai souvent occasion d'y revenir. Cette influence est d'autant plus digne d'être notée avec soin, qu'elle s'est fait sentir d'une manière aussi immédiate et aussi rapide que dans les troubles de l'intelligence et de l'ouïe.

L'observation suivante n'est pas un cas moins remarquable, sous tous les rapports, que le fait précédent. Les troubles de l'intelligence et des fonctions digestives s'y trouvent même plus manifestement accusés. L'ouïe est intacte, mais il y a, en revanche, des hallucinations de la vue.

Névralgie occipito-frontale datant de deux ans; — guérison instantanée.

Obs. V. — Mlle M..., 28 ans, tempérament lymphatique nerveux, constitution moyenne, fut prise, en février 1848, de douleurs extrêmement violentes qui se déplaçaient du front à l'occiput, des tempes aux mâchoires de chaque côté, aux lobules de l'oreille et aux paupières. Ces douleurs s'accompagnaient souvent de délire, de fièvre et d'insomnie. La malade était devenue lypémaniaque. Après avoir essayé de divers traitements, on en vint à lui proposer l'usage de douches froides sur la tête et l'application de vésicatoires et de cautères derrière le cou.

Mlle M..., qui ne doit qu'à ses charmes la position qu'elle s'est créée dans un certain monde, se refusa nettement au sacrifice qu'on exigeait d'elle pour sa guérison. Cependant, après un examen plus attentif, on constata l'existence d'accidents syphilitiques secondaires, et l'on prescrivit les pilules de Dupuytren. Par suite, les douleurs de tête, sans disparaître complétement, perdirent de leur intensité et le sommeil revint.

En 1850, les douleurs qui n'avaient jamais cessé d'exister, s'annoncent, sans cause appréciable, avec un nouveau degré de violence; elles durent souvent trois jours de suite, au point d'empêcher le sommeil et l'appétit; cessent un jour ou deux, puis reparaissent de plus belle. Les accès débutent brusquement, sans frisson ni sentiment de chaleur. Parfois, ils s'accompagnent de larmoiement et de battements dans les tempes. L'ouïe est intacte, mais il y a très fréquemment des hallucinations de la vue; la mâchoire supérieure est d'une sensibilité presque insupportable. Toutefois, il n'y a de douleur très aiguës que sur le front, les sourcils, dans les cheveux et derrière les mâchoires. Ces douleurs sont lancinantes; elles s'accompagnent d'un sentiment de compression sur les tempes de chaque côté. La malade a perdu l'appétit et le sommeil; elle s'abandonne, dans l'isolement, à la plus sombre tristesse, se prenant à pleurer sans le moindre motif de chagrin.

Opérée le 12 janvier, pendant un accès, la malade est immédiatement guérie; elle a recouvré sa gaîté de seize ans et repris ses habitudes de plaisir. Les hallucinations ont disparu en même temps que les douleurs de tête; l'appétit est devenu excellent. Depuis cette guérison, il est survenu deux accès de migraine en deux mois; migraine n'ayant plus le caractère des douleurs névralgiques que la malade éprouvait autrefois, et qui ont cédé à quelques instants de repos au lit.

Chez cette malade, l'origine de la névralgie coïncide avec l'apparition d'accidents syphilitiques constitutionnels, et bien que la cause en ait été combattue par un traitement spécifique, la névralgie n'en persiste pas moins, peu violente d'abord, puis s'aggravant chaque jour davantage, jusqu'à produire des accès de mélancolie avec hallucinations de la vue, perte d'appétit et de sommeil. Le cathétérisme du tympan seul, pratiqué une seule fois, sans traitement additionnel, a guéri tous les phénomènes morbides que je viens de rapporter.

Je regrette de ne pouvoir joindre à cette observation de névralgie d'origine syphilitique, guérie par le cathétérisme du tympan, l'observation, plus curieuse encore, d'un jeune homme de 28 ans, chargé d'une expédition commerciale en Amérique, et qui fut guéri d'une affection de même nature datant de deux mois et demi. Chez ce jeune homme, les douleurs étaient incessantes, mais avec des accès d'exacerbation qui se produisaient tous les jours, vers deux ou trois heures de l'après-midi. La violence de ces douleurs, qui occupaient toute la moitié gauche de la face et du crâne, empêchait les mouvements du cou. La nature de cette affection ayant été méconnue, quoique le malade

portât sur la peau les signes de la roséole syphilitique la plus manifeste, le sulfate de quinine lui avait été administré depuis deux mois et demi à la dose de 60, 80 centigr. et 1 gramme chaque jour.

J'opérai pendant un accès et la névralgie disparut instantanément.

Cette guérison fut en outre remarquable en ce que le malade ressentit jusqu'à l'estomac le contre-coup de l'opération, et qu'il survint un hoquet spasmodique qui persista pendant deux ou trois minutes. Un autre point de cette guérison, non moins important à noter, c'est que la névralgie disparut avant que la cause qui l'avait produite, la syphilis, n'eût été traitée par le mercure. On comprend bien, cependant, que je ne laissai pas ce malade sans lui prescrire, le même jour, le traitement que nécessitait son affection.

Les faits qui précèdent démontrent bien que je n'ai pas été au-delà de la vérité, en affirmant la guérison instantanée des névralgies de la tête par le cathétérisme du tympan ; toutefois, ces guérisons ne s'effectuent pas toujours de la même manière. Tantôt, comme dans le fait suivant, la névralgie se déplace de droite à gauche, et il faut opérer de nouveau du côté malade. D'autres fois, comme dans l'observation VII, les douleurs iront en diminuant progressivement d'intensité, jusqu'à ce qu'elles soient tout à fait éteintes ou bien qu'elles se reproduisent et nécessitent de nouveau l'opération.

Hémicranie du côté gauche déplacée par le cathétérisme du tympan ; guérison,

Obs. VI — Mme Gr..., âgée de 35 ans, d'un tempérament nerveux, vint me consulter, le 26 décembre 1850, pour des douleurs qu'elle éprouve dans la tête, depuis quatre jours et quatre nuits. Ces douleurs ne laissent pas à la malade un seul instant de repos. Le jour, elles sont assez fortes pour rendre la parole et la mastication forts pénibles ; et, la nuit, elles sont violentes à ce point, que Mme G... m'avoue qu'elle en deviendrait folle, si elles continuaient avec ce même degré d'intensité. Elles ont leur siége du côté gauche, dans la tempe, le front, les paupières, le sourcil et le cuir chevelu, dans l'oreille et sous le cou du même côté, en suivant la courbe du maxillaire inférieur.

Je pratiquai le cathétérisme du tympan à gauche, et la malade me quitte guérie. Le lendemain, la névralgie se reproduit, du côté droit, avec la même intensité que du côté opposé. Huit

jours après, la malade est obligée, par la violence des douleurs qu'elle éprouve, de revenir me voir; j'opère du côté droit, et, depuis, la guérison s'est maintenue.

Hémicranie du côté gauche ; — soulagement instantané ; — guérison progressive et complète, trois jours après le cathétérisme du tympan.

Obs. VII. — M. G.,., âgé de 30 ans, peintre de genre des plus distingués de Paris. Constitution délicate ; tempérament nerveux et lymphatique. M. G..., affaibli par l'étude, et les secousses d'une bronchite chronique, très énergiquement traitée au début, éprouva, vers le mois de novembre 1850, une douleur fixe sur la partie gauche et supérieure du crâne, un peu en arrière ; cette douleur, que le malade compare à cette sensation que l'on ressent quand les cheveux sont tiraillés, ne tarda pas à changer de caractère ; en même temps qu'elle devint plus aiguë, elle produisit comme un sentiment de compression permanente que l'on aurait exercée sur la partie malade ; enfin, surviennent des crises qui durent trois et quatre minutes, apparaissant plus particulièrement le jour, sans cause appréciable, si ce n'est que la musique, les contrariétés, un travail soutenu les provoquent. Pendant ces crises, le malade souffre comme si on lui donnait des coups de lancette dans le pariétal gauche, la tempe, le sourcil, les paupières et l'oreille du même côté ; quand elles surviennent pendant la nuit, ces crises empêchent le sommeil. Le toucher n'augmente l'intensité des douleurs que sur le cuir chevelu.

J'opère le 21 janvier, au moment d'une crise ; soulagement immédiat. Quelques heures après l'opération, M. G..., qui ne pouvait pas entendre toucher deux notes de piano sans souffrir beaucoup, passa toute sa soirée dans un spectacle-concert où l'on jouait des instruments de cuivre de Sax. Avant la fin du spectacle, la névralgie avait reparu avec son même degré d'intensité ; néanmoins, à partir de ce moment, les douleurs diminuèrent chaque jour davantage ; et, le troisième jour, elles avaient complétement cessé.

Névralgie de la face, se transposant de droite à gauche ; — guérison progressive par le cathétérisme du tympan pratiqué deux fois, à huit jours d'intervalle.

Obs. VIII. — M. S..., artiste peintre, âgé de 26 ans, d'un tempérament nerveux et lymphatique, d'une constitution

moyenne, était déjà sujet aux gastralgies depuis plusieurs années, lorsqu'au début d'un voyage artistique en Algérie, il fut affecté d'accès de fièvre intermittente pendant quinze jours. A son retour en France, ces accès se reproduisirent encore avec plus de violence que la première fois et persistèrent pendant dix-huit mois. Ces antécédents ne furent peut-être pas étrangers à la névralgie dont je vais parler ; toujours est-il que, sans autre cause appréciable, M. S... se sentit pris, vers le milieu de juin 1849, de douleurs sourdes et continues, ayant leur siége à la tempe, et à la mâchoire supérieure du côté droit. Ces douleurs cessaient quelquefois pendant le repas, pour reparaître au moment de la digestion, se déplaçant de temps à autre, pour se reporter sur toute la mâchoire supérieure ou seulement sur l'œil, la mâchoire et la tempe du côté gauche. Le caractère lancinant de ces douleurs, les battements si pénibles de l'artère temporale du côté souffrant poussaient le malade à des idées de suicide ; l'esprit était devenu triste, très impressionnable à toute espèce de sensations extérieures. Le toucher des parties affectées ne produisait aucun effet notable. Il n'y avait pas non plus de larmoiement, si ce n'est à de rares intervalles. Les oreilles n'étaient pas douloureuses, mais des sons un peu forts, le bruit d'une conversation, étaient insoutenables. Le malade passait des semaines entières sans sommeil, pendant la nuit, ne commençant à dormir que le matin, alors qu'il succombait à la fatigue.

J'opérai dans la première semaine de janvier 1851 ; il y eut un soulagement immédiat ; M. S... ne souffrait plus que de quelques douleurs sourdes du côté droit ; puis, au bout de trois jours, ces douleurs diminuant progressivement d'intensité, finirent par disparaître.

Cependant, huit jours après, un nouvel accès reparut ; il durait déjà depuis trois jours lorsque j'arrivai. J'opérai de nouveau au milieu du paroxysme de la douleur ; il y eut, comme la première fois, un soulagement immédiat. Enfin les douleurs diminuèrent progressivement d'intensité, et vers la fin du troisième jour, le malade se sentit guéri..... Aujourd'hui 12 mars 1851, cette guérison s'est maintenue.

Ce dernier mode de guérison ne s'applique pas seulement à l'hémicranie plus ou moins complète ; on le retrouve parfois dans les névralgies dentaires, mais on l'observe rarement. Il est bien plus fréquent de voir la douleur se dissiper sous le coup de l'opération, pour se reproduire sept ou huit heures après sous forme de *crise* de quelques heures du durée. En voici un exemple :

Névralgie dentaire, par suite de carie; — guérison immédiate; — crise de trois heures, huit heures après l'opération.

Obs. IX.—M. Sal..., 28 ans; tempérament lymphatique; constitution assez robuste, souffrait, depuis la soirée du 4 mars, des douleurs qui l'ont empêché de dormir toute la nuit, et qui ont leur point de départ au niveau de la troisième molaire du côté gauche, à la mâchoire supérieure. La dent est très profondément attaquée par la carie. Le 5, les douleurs ont perdu de leur intensité; mais un engourdissement assez pénible leur a succédé.

J'opère le 5 mars, à deux heurs de l'après-midi. Disparition instantanée de la douleur : crise douloureuse qui a duré trois heures, huit heures après l'opération ; puis disparition durable des souffrances,

Je reviendrai, plus tard, sur cette réapparition des accidents sous forme de crise; j'ai voulu démontrer seulement que les effets du cathétérisme du tympan n'étaient pas aussi simples qu'on aurait pu le penser de prime-abord, et qu'ils se prolongent souvent, plusieurs jours de suite, comme il est facile de le constater dans les observations VII et VIII. Immédiatement après l'opération, les malades ont été abandonnés à eux-mêmes, à leurs plaisirs, à leurs occupations de chaque jour. Aucun traitement additionnel, aucun régime n'a été prescrit; la guérison s'est faite par l'ordre naturel des choses.

Le fait suivant paraîtra peut-être plus discutable; le sulfate de quinine a été employé concurremment avec le cathétérisme de la membrane; mais les douleurs étaient excessives; le malade se tordait sur son lit; l'opération, pratiquée une première fois, n'avait fait qu'atténuer faiblement les souffrances; et je n'ai pas cru devoir temporiser; les *accès étaient franchement intermittentes*; il ne m'était pas permis d'hésiter; l'indication était aussi nette que possible.

On jugera du calme et de l'amélioration qui se sont manifestés dans l'état de ce malade, par les détails et les renseignements qu'il m'a donnés le premier jour que je le vis, quelques minutes après l'administration du sulfate de quinine et le cathétérisme du tympan.

Névralgie intermittente, traitée par le sulfate de quinine et le cathétérisme du tympan; — guérison le troisième jour du traitement.

Obs. X. — M. Lorr..., brossier, âgé de 40 ans, d'une con-

stitution robuste, d'un tempérament nervoso-sanguin, a éprouvé, vers l'âge de 18 ans, des accès de fièvre intermittente double tierce, qui ont duré quatre mois, à partir d'avril. Depuis, tous les ans, à la même époque, les accès de fièvre intermittente reparaissent; et chacun d'eux dure sept ou huit heures. Il y a quatre ans, le malade a souffert, pendant trois semaines, d'une névralgie de la tête; mais elle était moins violente que celle d'aujourd'hui, qui date déjà de douze jours.

Cette névralgie s'annonce régulièrement, chaque jour, à huit heures du matin, par des frissons irréguliers ou un sentiment de chaleur à l'épigastre. Quelques minutes après ce début, commence la céphalalgie. Vers quatre heures du soir, l'accès est dissipé. Pendant l'intermittence, le malade n'éprouve d'autre phénomène qu'un peu de faiblesse. Au milieu de l'accès, le siége des plus vives douleurs est à la racine du nez et sur les paupières des deux côtés. Les paupières sont très sensibles au toucher. Ces douleurs sont continues pendant toute la durée de l'accès; elles s'aggravent même d'élancements, qui persistent, pendant une, deux et même quatre heures, au niveau des deux trous sus-orbitaires et vers la naissance du nez. Chacune de ces crises s'accompagne de larmoiement. Du côté gauche, les douleurs s'étendent au-dessous du maxillaire inférieur, en suivant la courbure de l'os. La muqueuse nasale paraît enflammée; il y a du coryza avec perte d'appétit, faiblesse générale, mais sans fièvre ni toux; les garderobes sont régulières.

Pratiqué à midi, au plus fort de l'accès, le cathétérisme du tympan ne produit qu'un soulagement qui dure un quart d'heure, vingt minutes; puis le mal reparaît avec toute sa violence. Alors j'administre 20 centig. de sulfate de quinine et j'opère de nouveau. Les élancements disparaissent, les douleurs ont diminué d'intensité; elles sont sourdes; l'exploration par le toucher les accroît, puis elles se dissipent du côté droit. Du côté gauche elles occupent toute la région palpébrale et sus-orbitaire, s'irradiant du milieu du sourcil vers le front et le pariétal du même côté. Une heure après je revois le malade, j'administre encore 20 centigrammes de sulfate de quinine et je pratique le cathétérisme du tympan. Guérison de l'accès (deux heures de la journée, 28 février).

Le lendemain, à trois heures du matin, malgré l'usage du sulfate de quinine, élevé à la dose de 60 centigrammes, un nouvel accès se reproduit et dure pendant cinq heures; mais les douleurs sont très supportables et le reste du jour le malade reprend son travail.

Le surlendemain, le malade s'est encore ressenti d'un certain malaise avec quelques douleurs de tête, puis tout a disparu. A partir de ce jour, la guérison est parfaite.

Cette observation, je ne la donne pas comme concluante exclusivement en faveur de l'opération, puisque la guérison a eu lieu par le concours de deux médications différentes ; cependant il m'est permis de douter que l'une ou l'autre, employée seule, eût apporté un soulagement aussi immédiat et aussi marqué, tant dans l'intensité de la douleur que dans la durée de l'accès. Pour le cathétérisme du tympan, l'expérience qui en a été faite, démontre d'ailleurs qu'il était impuissant, en pareil cas, à produire une amélioration soutenue, et qu'il y avait urgence de lui adjoindre le spécifique des fièvres d'accès. On me contestera peut-être que le sulfate de quinine ait eu le temps d'agir; mais il y a longtemps que les belles recherches de M. Piorry ont prouvé la rapidité d'action de ce précieux médicament.

En dernière analyse, ce fait, que je pourrais appuyer d'observations presque identiques sur les effets du sulfate de quinine joint au cathétérisme du tympan dans les névralgies faciales, démontre : que toutes les fois qu'il s'ajoute aux accidents nerveux un principe spécial qui les domine, il faut, autant que possible, s'attaquer à ce principe et le neutraliser, pour que l'opération ait tout le succès désirable.

L'observation suivante peut donner une idée de la diminution graduelle et presque insensible de ces effets au fur et à mesure que le siége de la douleur s'éloigne davantage du lieu de l'opération. (*La suite à un prochain numéro.*)

V. Accouchem^ts, Maladies des femmes et des enfants.

ACCOUCHEMENTS.

9. *Observation sur la naissance d'un enfant hydrocéphale* ; par le professeur J. A. Stoltz.

(Gazette médicale de Strasbourg, N° 9, septembre 1851.)

Élisabeth Neff, de Gerstheim, sourde, goîtreuse et crétine, à un degré cependant peu développé, âgée de trente ans, de moyenne taille, fortement constituée, mais vivant misérablement et en travaillant comme journalière, est venue directement de son vil-

lage pour faire ses couches à l'hôpital de Strasbourg, où elle entra le 1er novembre 1850, et fut dirigée sur le service de l'école départementale d'accouchement.

Cette fille était enceinte pour la seconde fois et se croyait à la fin du septième mois de la grossesse. En 1844 elle avait accouché, à la clinique de la faculté, très péniblement, mais spontanément, au bout de cinq jours de douleurs, d'un enfant du sexe féminin vivant, qu'elle allaita et qui survécut. Les couches ont été très normales.

La fille Neff, vu son état de semi-crétinisme, n'a pu donner que peu de renseignements sur l'état de sa santé pendant la grossesse. De ce que l'on a appris, on a pu conclure qu'il ne s'était rien passé d'extraordinaire jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital. Pendant tout le temps qu'elle resta à la clinique de l'école départementale, l'attention ne fut dirigée que sur un phénomène particulier : le développement considérable du ventre, que l'on attribua à une grande quantité d'eau dans l'œuf. Dans le courant du mois de décembre, cette fille se plaignit souvent de maux de reins violents, ce qui fit soupçonner, à différentes reprises, un commencement de travail. Ces soupçons disparaissaient quand, par le toucher vaginal, on s'était assuré que la matrice n'était pas prête à s'entr'ouvrir.

Lundi 30, vers sept heures du soir, on trouva enfin le col effacé, l'orifice béant et son bord mince et tranchant comme chez une primipare. Les douleurs étaient rares et paraissaient peu vives. A dix heures, l'ouverture de la matrice égalait la largeur d'une pièce de cinq francs. Les contractions étaient fréquentes et douloureuses.

Pendant toute la nuit, des douleurs agaçantes tourmentèrent la femme, sans que, pour cela, le travail avançât beaucoup. A huit heures du matin, pendant une contraction, les membranes se rompirent et il s'écoula immédiatement une immense quantité d'eau, ce qui donna lieu à un affaissement très notable du ventre. En explorant par le vagin, on crut reconnaître la présentation de la tête.

Le fœtus faisait de temps en temps un mouvement, et, à l'auscultation, on avait entendu, dès le commencement du travail, au côté droit de la matrice, des battements redoublés, réguliers et fréquents.

Les contractions étaient devenues plus rares, mais plus expulsives, après le départ des eaux.

A dix heures, au moment où j'allais quitter l'établissement, je fus prié par la sage-femme en chef de passer dans la salle de tra-

vail, attendu qu'il lui semblait que, derrière une poche à parois très épaisses, elle sentait de petites parties du fœtus qui annonçaient une présentation anormale. J'obtempérai immédiatement à cette invitation. En touchant par le vagin, je reconnus que la poche qui y faisait saillie, bien tendue, comme une poche membraneuse pendant une contraction, et molle pendant le repos de la matrice, avait cependant des parois beaucoup plus épaisses et, de plus, était recouverte de petites inégalités que je n'eus pas de peine à reconnaître pour des cheveux. En poussant le doigt explorateur aussi haut que possible pendant l'intervalle de deux douleurs et refoulant la poche aqueuse, je tombai sur des parties solides, qu'à leur conformation et à leurs anfractuosités je reconnus pour être les os du crâne disjoints et mobiles.

Je conclus, du résultat de cet examen, qu'on avait pris le cuir chevelu distendu par de la sérosité pour une nouvelle poche des eaux, et les os du crâne anguleux et mobiles pour de petites parties du fœtus ; que celui-ci était mort et dans un état de décomposition avancée.

Mais, comme on croyait avoir constaté, au commencement du travail, l'existence de battements redoublés, je voulus contrôler cette assertion. A mon grand étonnement, je trouvai des battements très distincts à droite, endroit où ils avaient été entendus par la sage-femme en chef et par les élèves. Le fœtus était donc vivant.

On pouvait encore supposer une grossesse gémellaire, et un fœtus vivant et un autre mort, ce qui s'est vu quelquefois. Ce dernier se serait présenté le premier au passage, comme cela a été ordinairement observé ; mais, depuis l'écoulement des eaux, la matrice s'était tellement rapetissée qu'on ne pouvait pas s'arrêter longtemps à cette supposition. Alors me vint l'idée que l'enfant pouvait être atteint d'hydrocéphale.

La fille Neff n'étant pas primipare et les contractions se trouvant, dans le moment, fréquentes et énergiques, expulsives en un mot, je voulus attendre leur effet sur le travail, afin de voir si j'avais bien diagnostiqué.

Je m'assis près du lit de la parturiente et j'observai.

La poche formée par le cuir chevelu fut bientôt poussée jusqu'entre les lèvres de la vulve. Alors nous pûmes nous convaincre par la vue que je ne m'étais pas trompé quant à cette partie de mes suppositions. Peu à peu cette poche distendit la vulve et le périnée et, tout à coup, pendant que nous étions à regarder attentivement ce qui se passait, il se fit une explosion et nous fûmes littéralement inondés d'eau. Le cuir chevelu s'était crevassé et

une quantité de sérosité, d'un litre à peu près, fut projeté sur les personnes qui se trouvaient assez près du lit de travail pour pouvoir être atteintes.

Immédiatement après, la tête fut expulsée, et nous pûmes voir qu'en effet nous avions à faire à un hydrocéphale. La tête s'était présentée au détroit supérieur en position occipito-postérieure droite. Le mouvement de conversion s'est fait en spirale. Expulsée, la tête était en occipito-antérieure gauche. C'était au côté gauche, vers la petite fontanelle, que le cuir chevelu s'était fendu.

Le fœtus, dont le crâne s'était ainsi vidé, pouvait-il être vivant ?

Pour m'en assurer, j'eus recours à l'auscultation avant que les épaules fussent dégagées. Les battements redoublés se faisaient entendre comme avant la descente de la tête dans l'excavation.

Après avoir attendu pendant quelques minutes encore que le tronc fût expulsé et voyant que les épaules n'avançaient pas, j'exerçai une légère traction sur la supérieure, en abaissant la tête. Aussitôt elles s'engagèrent toutes deux dans le passage et le tronc suivit.

Le cordon ombilical n'était pas entortillé autour du corps, mais nous fûmes frappés d'une infiltration considérable et de la pâleur de cette corde vasculaire du côté de l'enfant. Nous en conclûmes que celui-ci était définitivement mort. Nous nous trompions, car l'impression de l'air extérieur sur la surface cutanée excita bientôt la sensibilité engourdie au point de provoquer un effort d'inspiration. Le cœur palpitait à peine, et au cordon on ne percevait aucun battement. Malgré cela, les inspirations suivies d'expirations lentes et prolongées se répétèrent encore près d'un quart d'heure et à des intervalles peu éloignés. Elles étaient facilement provoquées par le moindre attouchement du corps de l'enfant, et, par l'effet de ces excitations, les frémissements du cœur devenaient plus marqués, mais jamais il n'y eut de vagissement, encore moins un cri.

L'enfant, séparé de sa mère, dès qu'on se fut assuré que la vie était éteinte chez lui, fut trouvé très bien développé, bien nourri et bien proportionné. Il était du sexe féminin, long de 48 centimètres, et pesait encore 2800 grammes, quoique le crâne ne renfermât que quelques portions de cerveau (la base).

En examinant soigneusement toute la surface du corps, on découvrit à la région dorso-lombaire les traces d'un spina-bifida qui s'étendait de la septième vertèbre dorsale à la base du sacrum. On voyait sur ce trajet une bande rouge-violette, de deux centi-

mètres de largeur, formée par une pellicule mince et transparente, tendue entre les apophyses articulaires des vertèbres, et sous laquelle on reconnut manifestement de la fluctuation. Toute cette région, saillante et prismatique dans l'état normal, était aplatie et lisse, mais il n'y avait pas de tumeur.

La femme fut délivrée sans la moindre difficulté. Le placenta était mou et légèrement infiltré; le cordon ombilical gros, infiltré, pâle et d'une longueur normale; les membranes étaient minces et délicates.

Quoiqu'il n'y ait pas eu dans l'accouchement de la fille Neff des difficultés réelles provenant de la maladie du fœtus, l'hydropisie cérébrale et l'hydrorachis n'en étaient pas moins très développés, et plus d'un praticien peu patient aurait pu trouver une indication pour l'intervention de l'art. Les deux premiers temps du travail avaient été effectivement lents et douloureux. Une fois l'hydrocéphale reconnue, on pouvait attribuer au volume excessif de la tête le retard que son expulsion éprouvait, et recourir à la ponction ou perforation. Si les douleurs avaient continué d'être lentes et faibles, j'aurais moi-même pensé à ce moyen; mais, voyant qu'elles étaient, au contraire, expulsives, je voulus temporiser. La nature fit ce que l'art aurait fait en cas d'insuffisance des douleurs. La compression que le sac formé par le cuir chevelu a subie au moment où il pénétrait dans la vulve, en a déterminé la rupture, le contenu s'est écoulé et l'obstacle s'est évanoui.

Sous le rapport du diagnostic de la présentation, le fait de notre observation est également intéressant. On croyait avoir reconnu la tête avant qu'elle ne s'engageât dans le détroit supérieur et dans l'orifice utérin. Une fois qu'elle a fait saillie dans le vagin, on ne trouvait plus qu'une poche fluctuante, et à la hauteur du détroit supérieur, on croyait reconnaître dans cette poche de petites parties du fœtus. En un mot, on crut s'être trompé en annonçant d'abord la tête et on supposait alors une présentation anormale. Cette erreur a été causée par les modifications qui sont survenues dans la forme et la disposition de la tête fœtale au moment où elle a pénétré dans le canal pelvien. Trop volumineuse pour traverser le détroit supérieur et l'orifice utérin, elle a été comprimée, puis allongée. Le liquide renfermé dans les ventricules cérébraux a rompu les parois de ces cavités, peut-être même les membranes cérébrales et le tissu fibreux très étendu qui réunissait les os de la voûte crânienne, et s'est précipité dans le cuir chevelu, qu'il a distendu sous forme de poche. Ce qui me fait penser que le tissu fibreux qui réunit les os du

crâne était traversé par le fluide cérébral, c'est que ces os étaient très mobiles et qu'il fallait refouler bien haut la poche du cuir chevelu pour y atteindre.

Il y aurait donc eu successivement, et par l'effet seul des efforts du travail, rupture du cerveau, perforation des moyens d'union des os, et déchirure du cuir chevelu, suivie de l'épanchement au dehors du liquide et d'une portion de la substance cérébrale.

Et tout cela a eu lieu sans préjudice immédiat pour la vie du fœtus. En effet, les battements redoublés ont été entendus distinctement aussi longtemps que l'enfant est resté renfermé dans le sein maternel, et après son expulsion complète il a donné les signes les plus manifestes de la vie. La respiration n'ayant pas pu s'établir une fois qu'il était né, il a dû succomber nécessairement.

Le fœtus peut donc vivre et se développer dans le sein maternel sans cerveau ? La chose n'est pas douteuse ; les acéphales et les anencéphales le prouvent. Ces derniers sont même d'ordinaire très développés et gras. Ceci est tout à fait applicable à l'enfant de la fille Neff, qui n'était pas anencéphale à la vérité, mais était affecté à un haut degré d'hydrocéphalie, qui, chez le fœtus, quand la maladie s'est développée de bonne heure, conduit à l'anencéphalie et à l'acéphalie. Que l'enfant ait encore vécu quelque temps après la naissance, quoique le cerveau fût à peu près complétement détruit, ceci n'est pas non plus un fait inobservé. N'a-t-on pas vu de malheureux enfants, dont on avait perforé le crâne et détruit le cerveau en grande partie, quoiqu'on les sût vivants dans le sein maternel, vivre quelque temps encore après leur naissance, au grand déplaisir, je pense, de ceux qui les avaient sciemment mis à mort ?

L'hydropisie cérébrale chez le fœtus n'est-elle qu'une maladie semblable à celle qui se développe si fréquemment chez les enfants à l'époque de la première dentition, avec la seule différence qu'elle s'est développée pendant la vie intra-utérine ? On est très tenté de le croire au premier abord ; mais, en réfléchissant sur toutes les circonstances qui accompagnent la grossesse et sur l'état du corps fœtal tout entier et de ses dépendances, on n'y reconnaît pas seulement un mal isolé, mais une affection de l'œuf, qui a pris naissance à une époque plus ou moins reculée du terme de sa maturité. Aussi est-il rare que l'hydrocéphale congénitale bien développée ne soit pas accompagnée d'hydropisie de l'amnios, d'infiltration séreuse du placenta et du cordon et de quelque vice ou anomalie de conformation du fœtus, surtout du spina-bifida, qui, à la vérité, n'est que l'hydropisie cérébrale étendue à la moelle épinière.

L'autopsie de l'enfant qui est le sujet principal de mon observation en est un exemple bien caractéristique.

L'affaissement et l'aplatissement du crâne ne permirent pas d'en apprécier immédiatement les dimensions (1). L'ouverture du cuir chevelu sous forme de plaie dirigée dans le sens antéro-postérieur avait six centimètres de longueur. La suture sagittale était fendue à gauche dans la même étendue. Après avoir ouvert plus largement, on ne trouva plus dans le crâne que la base du cerveau et quelques lambeaux des hémisphères. Le cervelet était conservé tout entier, mais entouré de beaucoup de sérosité et ramolli dans sa substance.

L'ouverture du canal vertébral en arrière (spina-bifida) se trouvait circonscrite entre les six dernières vertèbres dorsales, les cinq lombaires et la première fausse vertèbre du sacrum (2). Cette ouverture allongée et un peu lozangique était fermée par une membrane fine, rougeâtre, dans laquelle la peau semblait se perdre. Mais, en réalité, la peau s'attachait par un bord aminci aux apophyses articulaires des vertèbres dont les lames manquaient, et la pellicule qui couvrait le canal vertébral ouvert semblait n'être que l'arachnoïde, la dure-mère elle-même étant absente. En fendant l'arachnoïde, on mit à nu la moelle épinière qui baignait dans de la sérosité et était presque diffluente. Les cordons de la queue de cheval étaient bien dessinés et sortaient par leurs ouvertures normales. Aucune partie de la moelle, ni aucune filet nerveux n'étaient adhérents à la paroi membraneuse qui fermait l'ouverture du canal rachidien.

La face présentait l'aspect caractéristique qu'on lui voit chez les hydrocéphales : les orbites un peu cachées sous la saillie des frontaux et les yeux paraissant plus enfoncés que d'ordinaire dans leurs cavités.

La poitrine était bombée comme chez l'enfant qui a respiré.

Après l'avoir ouverte en enlevant la paroi sternale, nous fûmes très étonnés de trouver sa cavité gauche *remplie par le canal intestinal,* dont une partie était distendue par du méconium. On ne voyait pas vestige de poumon. En le cherchant, on finit par le trouver, refoulé dans la partie supérieure et interne de la cavité

(1) J'ai fait préparer le squelette de cet enfant. Le crâne distendu, autant que cela peut se faire sur un squelette, a encore 45 centimètres de circonférence.

(2) Au squelette desséché on voit que la séparation se reproduit au-dessous de l'arc de cette seconde fausse vertèbre, de telle sorte que le canal sacré est ouvert ensuite dans toute sa longueur.

pleurale, sous les premières côtes. Il avait tout au plus le volume d'une noisette, mais il était néanmoins composé de deux lobes comme dans l'état normal.

Le cœur, également chassé de sa place, était renfermé dans la cavité pectorale droite. Sa pointe était dirigée à droite, vers le milieu de l'espace situé entre la sixième et la septième côte, la base appuyée contre la colonne vertébrale. Il était véritablement *transposé*. Sa configuration était tout à fait normale. Les vaisseaux émergents se comportaient comme à l'ordinaire.

La couleur et la densité des poumons étaient celles des poumons qui n'ont pas respiré.

Si la poitrine était bombée, le ventre était, au contraire, affaissé dans la région ombilicale. La présence du canal intestinal dans la cavité pectorale gauche en donnait parfaitement la raison. L'ouverture de la cavité abdominale y laissa voir un vide considérable dans sa partie inférieure, comme si le paquet intestinal en avait été enlevé tout entier et qu'on n'y eût laissé que les organes génito-urinaires, le foie et l'extrémité inférieure du colon. Le foie se comportait comme d'ordinaire ; il n'était ni plus volumineux, ni changé de couleur. L'estomac était petit, contracté, caché sous le foie. Le duodénum, après avoir formé sa courbure, disparaissait dans une ouverture du diaphragme. A gauche de la portion lombaire de la colonne vertébrale, on voyait le colon descendant distendu par du méconium. Il formait sa courbure dans la fosse iliaque et descendait, comme à l'ordinaire, dans le bassin, pour se terminer par le rectum. Tout le reste du canal intestinal, les épiploons, le mésentère et la rate étaient renfermés dans le côté gauche du thorax.

L'ouverture du diaphragme, par laquelle l'intestin avait passé dans la poitrine, était le résultat du décollement ou plutôt d'un défaut d'adhérence de ce muscle aux côtes, dans l'étendue de trois centimètres environ, en dehors du pilier gauche. Le bord non adhérent était mousse, arrondi et refoulé en avant.

On put, sans la moindre difficulté, attirer dans la cavité abdominale tous les organes qui avaient une position anormale dans la poitrine et leur faire reprendre leur place habituelle.

La région lombaire droite était occupée par un rein volumineux dont l'extrémité supérieure était couverte par une capsule surrénale épaisse. A gauche, le rein manquait complétement ; à sa place il n'existait qu'une capsule surrénale.

Dans le bassin je découvris des anomalies correspondantes. La matrice était divisée en deux cornes très inégalement volumineuses. En effet, la *droite* était bien développée, recourbée

vers la fosse iliaque. Un col volumineux la terminait et faisait saillie dans le vagin, bien conformé. La *gauche* n'était que rudimentaire et tenait au col, vers son orifice interne, par un cordon ligamenteux aplati d'avant en arrière, transparent et d'un centimètre et demi de longueur. Chaque corne avait son ovaire, sa trompe et son ligament rond.

Comme il n'existait qu'un rein, il n'y avait qu'un uretère, qui s'insérait à droite, dans le bas-fond de la vessie. Celle-ci avait la forme d'un citron, était contractée et renfermait peu d'urine.

Telles étaient les transpositions et les vices de conformation importants qui, pris dans leur ensemble, étaient incompatibles avec la vie et justifient ce que j'ai dit au commencement, du grand intérêt de cette observation et de la coïncidence ordinaire de l'hydrocéphalie et de l'hydrorachis de naissance avec des vices de conformation plus ou moins développés.

Les réflexions naissent en foule à l'occasion de pareilles observations. J'aurais surtout bien des choses à dire sur la disposition anormale des organes génito-urinaires. Mais, comme je m'occupe depuis bien des années d'un mémoire spécial sur cette matière, je me suis borné à indiquer sommairement la disposition vicieuse des organes, réservant, pour un autre moment, les développements considérables que comporte ce sujet.

MALADIES DES ENFANTS.

10. *Mémoire sur quelques parties de l'histoire de la bronchite et de la broncho-pneumonie chez les enfants*; par les docteurs E. Barthez et F. Rilliet, médecins des hôpitaux de Paris et de Genève.

(Archives générales de Médecine, octobre 1851.)

La phlegmasie des différentes portions des voies respiratoires est chez les enfants moins nettement séparée que chez les adultes. On voit très souvent les narines, le larynx, la trachée, les bronches grosses et capillaires, les vésicules pulmonaires et le tissu qui les entoure, simultanément malades; ou bien ces diverses inflammations se succèdent rapidement et, en général, du haut en bas de l'arbre respiratoire. D'autres fois elles débutent par le larynx, et rayonnent vers les parties supérieures ou inférieures; rarement elles commencent par les bronches capillaires, pour s'étendre de là à la trachée et au larynx. Dans l'enfance, en effet, les organes sont solidaires, et l'unité vitale se manifeste dans la

plupart des actes morbides. A un âge plus avancé, et lorsque les organes ont une existence pour ainsi dire plus personnelle, ces phlegmasies restent confinées dans leurs départements respectifs, ou bien leur succession est moins rapide. Alors chacune d'elles a des caractères tranchés et peu de symptômes communs, l'intensité de la dyspnée est en rapport avec l'étendue de la maladie. Dans l'enfance, au contraire, la dyspnée, la soudaineté de la suffocation et des accidents formidables, appartiennent à la phlegmasie des voies aériennes, quelle que soit la partie spécialement atteinte. L'extrême impressionnabilité nerveuse des enfants, la promptitude avec laquelle s'établit une réaction fébrile intense, l'étroitesse des voies respiratoires, l'absence d'expectoration, et la rapidité de la marche des phlegmasies, expliquent en partie la ressemblance apparente de plusieurs de ces affections, qui, chez l'adulte, sont parfaitement distinctes.

Cette ressemblance est d'autant plus frappante, et la confusion d'autant plus facile, que l'enfant est plus jeune. Cependant on peut, chez les enfants qui n'ont pas encore atteint la seconde année, distinguer les trois formes de bronchites légères, graves et chroniques, que nous avons décrites chez les enfants plus âgés. Certains cas de la forme grave offrent, par les motifs que nous indiquions tout à l'heure, une grande ressemblance avec la trachéite grave, comme on pourra s'en assurer en parcourant les pages suivantes. Mais, avant d'aller plus loin, nous devons dire quelques mots d'une question soulevée par M. Beau.

Cet habile médecin établit les caractères distinctifs des variétés de la bronchite d'après les résultats fournis par l'auscultation, et sépare comme espèce distincte la bronchite qu'il appelle *à râles sifflants* de celle qu'il nomme *à râles bullaires*. Pour lui, la première variété attaque surtout la vieillesse et l'âge mûr ; elle est apyrétique, se montre d'une manière habituelle chez les malades qu'elle a une fois affectés, et n'est pas grave, malgré l'intensité de la dypsnée. La seconde espèce présente des caractères inverses ; elle est commune dans la jeunesse et l'enfance, atteint des sujets débilités, n'est guère sujette à récidive, est accompagnée de fièvre, et offre un grand danger si la dypsnée est continue et si l'on perçoit du râle bullaire dans la trachée.

Ces remarques de notre habile confrère sur la bronchite des adultes et des vieillards sont applicables à l'enfance, mais avec quelques restrictions : ainsi l'héthérogénéité de nature de ces deux formes ne nous paraît pas aussi grande que M. Beau semble l'admettre, car nous avons vu la bronchite *à répétition* avoir sur le même enfant tantôt la forme *sibilante*, tantôt la forme *bul-*

laire ; nous avons vu aussi des enfants d'une même famille être atteints simultanément, sous l'influence de la même constitution épidémique, les uns de la première espèce de bronchite, les autres de la seconde ; enfin (et cette remarque est applicable à tous les âges) les deux variétés coexistent ou alternent souvent sur le même individu pendant le cours d'un seul et même catharre, c'est à-dire que l'on perçoit par l'auscultation un mélange de râles muqueux et sibilants.

Quant aux différences que M. Beau établit entre les deux formes sous le rapport de la gravité et des symptômes généraux qui les accompagnent, elles sont évidemment bien moins tranchées chez les jeunes enfants que chez les adultes. En effet, lorsque la phlegmasie est généralisée, elle s'accompagne d'une fièvre intense et d'une oppression extrême : alors la bronchite à râle vibrant ne le cède en rien à la bronchite à râle bullaire sous le rapport de la gravité *apparente*. On peut donner, à l'une aussi bien qu'à l'autre, le nom de *catarrhe suffocant*, qui emporte avec lui l'idée d'un grand danger. Quant à la gravité réelle, nous sommes assez tentés de partager l'opinion de M. Beau : elle est d'accord avec le petit nombre de faits que nous avons pu observer. Nous en trouvons d'ailleurs l'explication dans les remarques suivantes :

Il existe une grande différence entre les caractères anatomiques de ces deux espèces de bronchites. Les râles sifflants sont dus à la présence d'un mucus visqueux et adhérent, que la colonne d'air fait vibrer sans les déplacer, ou bien à un épaississement partiel de la membrane muqueuse.

La plupart des pathologistes ont admis la première de ces causes; tandis que plusieurs, parmi lesquels on compte MM. Beau, Barth et Roger, nient la réalité de la seconde. Mais, lorsqu'on voit dans certains cas la rapidité avec laquelle se produisent ces râles, le peu d'intervalle qui sépare leur apparition du début du mal, on doute que les mucosités puissent être si promptement sécrétées, et l'on est plutôt tenté de croire à une congestion aiguë de la membrane muqueuse avec gonflement rapide, sorte d'enchifrènement qui précède quelquefois les sécrétions muqueuses, et qui peut rendre compte des râles sifflants.

Il est vrai que la preuve anatomique manque (1) ; car l'autopsie n'est jamais faite au début du mal, avant la sécrétion des mucosités, et le fût-elle, elle ne donnerait peut-être aucun ré-

(1) Cependant Laennec affirme avoir souvent constaté cet épaississement de la membrane.

sultat. Le gonflement si aigu de la muqueuse pourrait en effet disparaître après la mort ; c'est ainsi qu'on voit la peau, érysipélateuse, turgescente, pendant la vie, s'affaisser sur le cadavre et au moment même de la terminaison fatale. Mais, comme le fait remarquer avec juste raison le professeur Requin, c'est sur d'autres membranes muqueuses qu'il faut chercher la preuve du fait : ainsi, sous l'influence d'un refroidissement partiel, il peut se produire sur la membrane pituitaire une fluxion suivie d'un gonflement rapide, qui obstrue plus ou moins complétement le passage de l'air. Cette congestion, venue tout à coup, peut se terminer de même et sans sécrétion aucune ; ou bien elle produit un écoulement aqueux, qui termine immédiatement le mal, ou enfin elle devient un véritable coryza, accompagné d'une sécrétion muqueuse augmentée et altérée.

Une congestion analogue se produit très probablement sur le larynx dans le cas où l'enfant est réveillé tout à coup au milieu de la nuit par l'accès de suffocation de la laryngite striduleuse ; et, comme lorsqu'elle a lieu sur la pituitaire, cette fluxion peut se terminer brusquement et sans accidents ultérieurs, ou bien être le début d'un catharre laryngo-trachéal. Nous verrons bientôt que cette congestion peut se faire sur la partie inférieure de l'arbre respiratoire, et l'on comprend dès lors qu'une fluxion du même genre sur les bronches ne soit pas impossible. Nous citerons une observation (la 3e du mémoire), qui peut être ainsi comprise, et dans laquelle un accès de dyspnée avec râle sibilant disparut, sans qu'il y eût à la suite ni rejet de mucosités ni râles bullaires.

Mais, nous le répétons, c'est seulement par analogie et d'après des preuves symptomatiques qu'on peut admettre ces congestions subites avec gonflement de la muqueuse bronchique. Le professeur Fauvel avait déjà donné en ce sens quelques considérations très justes.

Or, que la cause anatomique des râles sifflants soit un mucus visqueux ou une congestion avec gonflement de la muqueuse, nous y trouvons l'explication de la gravité moindre du mal.

Le mucus visqueux et tenace est, par sa nature même, immobile et attaché au point où il s'est produit ; les efforts inspirateurs ne sauraient le conduire vers les extrémités bronchiques, dont l'obstruction complète serait si rapidement grave. Là où il est sécrété, là il produit des bruits qui se propagent très facilement dans l'arbre bronchique, vu leur extrême sonorité ; en sorte qu'en réalité il y a beaucoup de bruits et des symptômes effrayants pour une petite lésion. On comprend toutefois très bien,

avec M. Beau, que l'intensité des symptômes dyspnéiques sera en rapport avec la capillarité, le nombre plus grand, et l'obstruction plus ou moins complète des tuyaux bronchiques. Mais nous savons aussi, par ce qui se passe dans le coryza, que, lorsque la sécrétion des muqueuses est ainsi tenace, elle est peu abondante, que si elle augmente en quantité, elle devient en même temps plus liquide, et alors elle produit dans les bronches les râles bullaires.

La lésion est-elle au contraire une de ces congestions rapides qui, peut-être, il est vrai, se font sur une grande étendue de l'arbre bronchique : les symptômes pourront être plus graves, la suffocation plus imminente, l'expansion vésiculaire plus empêchée. Mais un caractère habituel de ces congestions sur les muqueuses est de ne pas durer et de s'évanouir avec la même rapidité qu'elles se sont produites ; pour peu qu'elles se prolongent, elles amènent les sécrétions phlegmorrhagiques ou muqueuses, et alors les râles deviennent bullaires.

De toutes façons donc, si la bronchite à râles sifflants ne se termine pas par un retour rapide à la santé, elle se convertit en une bronchite à râles bullaires, et il faut avouer que cette transformation, très rapide chez les enfants, est aussi la marche la plus ordinaire du mal à cet âge.

Or, cette bronchite bullaire est nécessairement plus grave que l'autre. La sécrétion, qui est plus abondante, occupe une plus grande étendue de l'arbre respiratoire ; les efforts d'inspiration, facilement incomplets, amènent les liquides vers les capillaires bronchiques ; la toux, faible ou nulle, ne chasse pas les mucosités, qu'une sécrétion nouvelle augmente à chaque instant. Tout s'accorde pour mettre un obstacle plus complet à la circulation de l'air, et par suite pour donner de la gravité à la maladie. Elle en acquiert encore bien plus si la sécrétion se fait rapidement et en abondance dans les bronches les plus capillaires, parce que les vésicules pulmonaires elles-mêmes peuvent être envahies. S'il arrive alors qu'une grande partie des petites bronches soient ainsi prises, la mort peut survenir dans un très court espace de temps. Que pour une cause ou une autre, elle ne soit pas très rapide, la congestion pulmonaire se joint bientôt au catarrhe, et peut devenir une pneumonie. Or, cette dernière complication, liée presque nécessairement à la bronchite capillaire à râles bullaires, ne saurait survenir dans la bronchite à râles sifflants, qui n'est elle-même que la première période de l'autre.

Ces remarques expliquent pourquoi nous ne sommes pas aussi persuadés que M. Beau de l'hétérogénéité de nature des bronchi-

tes à râles bullaires. C'est une maladie qui a deux périodes, mais qui, dans certains cas, s'arrête brusquement après la première. Peut-elle débuter d'emblée par la seconde? Nous n'en avons pas la preuve; mais on sait que la première est quelquefois très courte, et peut, en conséquence, échapper à l'observation. Cette opinion peut être étendue à la phlegmasie de toutes les parties de la membrane muqueuse des voies respiratoires (1).

Il est possible d'ailleurs que la bronchite sibilante soit le plus souvent primitive, et la bronchite à râles humides secondaire : c'est pour cela sans doute que cette dernière est plus rare dans la première année qu'aux autres époques de l'enfance, car les maladies qu'elle complique sont elles-mêmes fort rares à cette période de la vie. Nous citerons, en particulier, la rougeole, la coqueluche et la fièvre typhoïde.

Nous avons cependant observé chez de jeunes enfants quelques exemples de bronchite capillaire primitive. Nous citerons entre autres le fait suivant, qui ressemble beaucoup à ceux de même espèce que l'on rencontre chez des enfants plus âgés. On pourra, en rapprochant cette observation de la description que nous avons donnée de la bronchite suffocante, s'assurer que le tableau que nous avons tracé est applicable à toutes les périodes de l'enfance.

Bronchite capillaire à râle bullaire, début d'emblée; dernier degré de suffocation; insuccès des vomitifs, du kermès, de la pommade de Lausanne, des émissions sanguines; emploi des toniques, l'enfant étant in extremis. Guérison.

Obs. I — Le jeune X... est âgé de 3 mois; il est nourri au sein, et jouit habituellement d'une très bonne santé. Il était atteint d'un coryza léger, lorsque tout à coup, le 15 février 1850 (je tiens les détails qui vont suivre de M. le docteur Maunoir, médecin ordinaire de l'enfant), il pousse des cris aigus pendant trois heures consécutives; les cris sont exaspérés par la pression du ventre, qui est assez tendu. L'enfant ne vomit pas, mais il rend deux selles vertes. Le pouls est fréquent, mais il n'y a pas de dyspsnée; la respiration est pure, et l'expression du visage naturelle. Les cris s'apaisent, le pouls reste cependant fréquent,

(1) Nous nous servons des mots *bronchite, phlegmasie*, pour être compris; car nous aurons à discuter ailleurs si dans *tous* les cas il y a une inflammation réelle de la muqueuse, et pour ceux dans lesquels la phlegmasie est prouvée, nous aurons à rechercher la nature de cette phlegmasie. Voir l'édition prochaine de notre *Traité des maladies des enfants*.

et l'indisposion, qui avait paru à M. Maunoir siéger dans les entrailles, semblait en voie de diminution, lorsque tout à coup, le lendemain, à cinq heures de l'après-midi, l'enfant est pris d'une dyspnée extrême. A l'auscultation, M. Maunoir constate dans toute l'étendue de la poitrine un mélange de râles sibilants et sous-crépitants ; ces derniers prédominent de beaucoup. Le pouls est à 180, la respiration à 80.

Les symptômes augmentent de gravité dans la soirée. La dyspnée est encore plus grande : l'enfant est haletant, il est assoupi ; la face est colorée. La nuit est très mauvaise ; le matin, il y a un peu de rémission. Je suis appelé, le 17, à voir le petit malade ; je le trouve couché sur le dos. L'expression du visage est assez naturelle, il y a peu d'anxiété. La respiration est au moins à 80, le pouls à 180. La peau n'a pas la chaleur âcre de la pneumonie ; la témpérature est seulement élevée dans la paume des mains ; pas de moiteur. Des deux côtés, en arrière, on entend un mélange de râles sibilants et de bulles sous-crépitantes ; mais le trait caractéristique du bruit respiratoire est l'incomplet : on sent que la respiration pénètre difficilement au delà des divisions moyennes des bronches. Le moelleux de l'expansion vésiculaire manque complétement, il est remplacé par un sifflement inspiratoire, qui est le retentissement du bruit bronchique transmis par un parenchyme qui n'est pas condensé. En effet, la percussion est sonore partout, et nulle part il n'y a de souffle. Le ventre n'offre rien de particulier, non plus que la bouche. Il y a quelques tressauts, mais pas d'autres symptômes nerveux. Le cri est parfaitement clair, assez énergique.

Le traitement a consisté dans l'emploi du sirop d'ipécacuanha, dont il a pris sept cuillerées, le 16, sans effet vomitif. Dans la soirée, il a pris, aussi par cuillerées à café, 2 centigrammes d'émétique dissous dans 30 grammes d'eau ; pas de vomissements, mais des évacuations très nombreuses et très copieuses. Dans la journée du 17, l'enfant prend, toutes les deux heures, une cuillerée à crème d'une potion composée d'un demi-gramme de kermès pour 90 grammes de véhicule ; il en est assez angoissé, et a des selles nombreuses.

Vers les six heures du soir, il se fait un changement en mal très marqué : le pouls, très inégal, est presque insensible, d'une excessive fréquence ; la respiration devient incomptable, les yeux se creusent, le visage s'amoindrit. L'enfant ne peut plus tousser ; les bronches et le trachée sont inondées de mucosités donnant naissance à un gros stertor humide.

Je le revois à huit heures du soir. Les symptômes se sont plutôt

aggravés : la respiration est toujours d'une fréquence extrême, stertoreuse ; le pouls est incomptable. L'enfant ne crie plus. Les symptômes d'auscultation sont les mêmes que le matin ; les yeux sont encore plus encavés. A minuit l'état est tel, que je ne pense pas que l'enfant ait encore plus d'une ou deux heures à vivre : l'extrême accélération de la respiration est remplacée par ce ralentissement stertoreux et saccadé qui précède ordinairement la mort de peu d'instants. Il a eu encore plusieurs évacuations ; le visage est notablement amaigri. Depuis huit heures, il ne peut plus tousser ni crier ; il a par moments du strabisme et des tressauts, et le pouls est insensible.

On a discontinué la potion de kermès à trois heures du soir (il en avait pris cinq cuillerées environ). Depuis deux heures, on lui avait fait deux applications de pommade de Lausanne sur la poitrine. A huit heures, une sangsue derrière l'apophyse mastoïde gauche ; elle a beaucoup saigné pendant une heure. L'enfant a considérablement pâli.

Depuis minuit jusqu'à trois heures du matin, on craint d'instant en instant d'assister aux derniers moments du petit malade. L'amélioration de la respiration a succédé au ralentissement avec une telle intensité, qu'il est impossible de la compter ; elle est stertoreuse au plus haut point. Le pouls continue à être tout à fait insensible. De minuit à une heure, on lui donne de quart d'heure en quart d'heure un mélange d'une cuillerée à café de vin de Malaga avec quatre cuillerées à café d'eau ; il le prend avec avidité, mais l'angoisse persiste au même degré. Sur les trois heures du matin, il survient du calme, la respiration se ralentit, le pouls est un peu perceptible. L'enfant a du repos pendant trois quarts d'heure environ sans stertor. Cette nuance d'amélioration persiste de plus en plus : *l'enfant peut tousser* toutes les fois que les mucosités tendent à embarrasser les bronches. Il prend avec avidité du lait tiré au sein de sa nourrice, ses mouvements sont plus faciles. A huit heures du matin, je le revois ; il a encore maigri depuis la veille : la face est pâle ainsi que les lèvres ; la respiration, quand il est un peu agité, est à 80 ; quand il est plus tranquille, à 60. Il n'y a pas de stertor, sauf par intervalles, et il suffit d'une ou deux secousses de toux pour le chasser. Le pouls est filiforme, cependant on peut le compter aux environs de 180.

Traitement. Quatre cuillerées de lait toutes les heures ; frictions dans l'aine avec une pommade contenant 60 centigrammes de sulfate de quinine pour 4 grammes d'axonge divisés en quatre paquets.

Du 18, à huit heures, au 19, à la même heure. Les symptômes, qui ont prédominé pendant la journée du 18, et qui prédominent encore, sont les symptômes nerveux, principalement une surexcitation de l'ouïe. Un coup de sonnette lui occasionne des tressauts violents ; il en est de même d'un simple attouchement. Il a souvent de légères oscillations des globes oculaires; les yeux sont demi-ouverts; point de convulsions proprement dites ; les mouvements sont libres ; pas de dilatation des pupilles. Pendant presque toute la journée, il a une grande agitation ; les cris sont aigus, bien timbrés ; la respiration est toujours fort accélérée, cependant par moments elle baisse jusqu'à 60 ou 56. Le stertor humide est rare, mais il y a souvent du stertor sec ; pouls, le plus souvent incomptable, est par moments perçu tantôt à 181, tantôt à 160. La température est égale, il n'y a ni chaleur exagérée ni refroidissement. La face est plutôt pâle ainsi que les lèvres. Depuis neuf heures du soir, l'enfant s'endort ; c'est toujours un sommeil incomplet pendant lequel la respiration reste très accélérée, et qui tient autant de la somnolence que du véritable sommeil.

A huit heures du matin, le 19, il me paraît y avoir une amélioration évidente. La respiration n'est guère qu'à 48, le pouls à 144; même sommeil, moins de tressauts ; depuis quelques heures, les urines, qui avaient été supprimées dans la journée d'hier, ont reparu ; le visage est meilleur, les yeux sont moins creux, les joues et les lèvres moins pâles. La diarrhée est arrêtée ; il n'a eu que de très petites selles ; le ventre est resté souple. L'état de faiblesse de l'enfant m'empêche de l'ausculter depuis le 17.

Traitement. Un bouillon de poulet, quatre cuillerées à café toutes les heures ; frictions toutes les deux ou trois heures, avec une pommade contenant 1 gramme de sulfate de quinine pour 6 grammes d'axonge.

Dans la journée du 19 et du 20, l'amélioration a été en croissant ; l'enfant a pris le sein avec avidité ; la respiration est tombée à 48 ; le pouls a été mieux senti. Dans toute la partie postérieure droite, on entend un râle sous-crépitant très abondant, assez fin ; mais pas de souffle, pas de matité ; à gauche, les bulles sont beaucoup plus rares, la respiration très incomplète, sans souffle ; l'enfant tousse fréquemment ; le stertor est rare.

Traitement. Deux frictions, chacune avec 30 centigrammes de sulfate de quinine pour 1 gramme d'axonge. Le soir, le visage était meilleur que je ne l'avais encore vu jusqu'ici, les yeux beaucoup moins creux, les joues plus pleines ; pas de véritables larmes, mais les conjonctives humides.

Dans la journée du 21, la respiration n'a guère été qu'à 40-

44 ; le pouls variable ; le maximum à 136, le minimun 120. Les râles avaient beaucoup diminué du côté gauche, ils n'étaient plus que rarement disséminés avec une respiration incomplète.

J'avais observé le matin que le visage était meilleur et surtout beaucoup moins amaigri, tellement que je pensais que cela tenait à de la bouffissure, mais c'était un véritable embonpoint. A dix heures du soir, l'enfant est remarquablement bien ; la respiration est à 32, le pouls à 120 ; la peau fraîche, l'expression du visage bonne ; l'embonpoint a augmenté depuis le matin.

Du 19 au 22, la toux est très forte par petites quintes rapprochées, mais avec peu de stertor : accélération modérée de la respiration ; fièvre variable ; toujours du râle sous-crépitant des deux côtés en arrière, en général plus abondant après la toux.

Depuis le 23 au 1er mars, l'amélioration a graduellement augmenté, la fièvre n'a pas reparu, la toux a été de moins en moins fréquente ; la convalescence peut être regardée comme assurée. Le 2 mars, il a pu faire sa première sortie ; dès lors la guérison s'est soutenue.

Remarques. Le diagnostic de cette maladie n'est pas douteux. La bronchite capillaire a été parfaitement caractérisée ; c'était bien une bronchite à râle bullaire, car le râle sous-crépitant a été général et perçu pendant plusieurs jours. Les symptômes de la maladie ont offert une grande analogie avec ceux que nous avons décrits comme appartenant à la bronchite des enfants plus âgés ; seulement ils ont été plus graves, plus urgents, plus rapides. C'est le second jour de la maladie que les symptômes de la bronchite se sont montrés bien caractérisés ; au bout de vingt-quatre heures, ils avaient atteint leur plus haut degré d'intensité. La bronchite a suivi une marche foudroyante ; moins de trente heures après le début des accidents thoraciques, l'enfant était dans un état désespéré. Nous ne savons pas si les termes dont nous nous sommes servis ont été suffisants pour faire comprendre l'extrême gravité des symptômes, mais nous ne nous rappelons pas avoir vu guérir un seul enfant aussi malade que celui-là. C'était déjà un bien mauvais signe que l'insuccès des vomitifs administrés au début ; mais l'altération profonde des traits, le creusement des orbites, l'extrême fréquence et la petitesse du pouls, le stertor humide des bronches et de la trachée accompagnant une respiration très accélérée, et par-dessus tout le ralentissement stertoreux et saccadé des mouvements respiratoires qui remplacèrent l'accélération, ne laissaient presque aucune espérance. Cette opinion était partagée par M. le docteur Maunoir; cependant il fallait agir. Le souvenir de quelques faits où l'em-

ploi des toniques administrés *in extremis* avait été suivi de succès fit proposer le vin de Malaga. Bien que la dose administrée n'ait pas été considérable, nous avons cependant la conviction que ce stimulant a permis à l'enfant de franchir heureusement cette période de la maladie qui paraissait devoir être la dernière.

Le sulfate de quinine par la méthode endermique nous a souvent réussi chez les enfants atteints d'affections catarrhales graves, lorsque la fièvre affecte le type rémittent. C'est surtout pour entrer dans la voie de la médication tonique que ces frictions ont été conseillées. Nous nous sommes hâtés d'alimenter notre petit malade dès que nous l'avons pu ; après une si rude atteinte, il n'aurait pas supporté la diète. L'effet de l'alimentation a été si prompt, que nous avons cru un moment que l'enfant était bouffi, mais il n'en était rien. Le travail de reconstitution s'opérait avec une rapidité égale à celle du travail de décomposition. Heureux privilége de l'enfance, qui se relève avec autant de facilité qu'elle s'affaisse.

Chez les très jeunes enfants, lorsque l'hématose est gênée, on a souvent à redouter l'apparition des symptômes cérébraux. Nous avons craint un moment que les tressauts, l'agitation extrême, la somnolence, la susceptibilité au bruit et à la lumière, ne fussent des indices d'une de ces attaques d'éclampsie qui, à cette période de la maladie et chez un enfant aussi gravement éprouvé, aurait nécessairement été fatale.

L'observation que nous venons de rapporter est un exemple de bronchite capillaire à forme bullaire ; celles que nous allons citer maintenant appartiennent à la bronchite à râle vibrant, mais la suffocation ne joue pas un moins grand rôle.

Léger catarrhe, bronchite à râle vibrant, menace d'asphyxie ; vomitif, et kermès. Guérison rapide.

Obs. II. — La jeune B..., âgée de 19 mois, est délicate, mais bien portante. A la fin de septembre 1846, elle contracte un très léger rhume. Dans la nuit du 1er au 2 octobre, elle est prise d'oppression, de chaleur ; la toux augmente. Le matin, le symptômes diminuent, puis ils reparaissent dans l'après-midi avec une nouvelle intensité. C'est alors que je vois l'enfant ; je la trouve respirant haut et court, elle est couchée sur le côté, la tête est renversée en arrière ; on n'entend point de sifflement laryngo-trachéal. Il n'y a pas de toux, la voix est claire. L'examen de la gorge n'y fait rien découvrir d'anormal. Tous les symptômes sont concentrés dans la poitrine ; car partout, en avant comme

en arrière, au sommet comme à la base, on entend un râle sibilant très abondant, très sonore, sans une bulle humide ; le son fourni par la percussion est éclatant. Le pouls est à 120, inégal. La peau des avant-bras et celle des joues sont marbrées de violet. L'enfant est dans un état d'affaissement complet ; quand on la fait asseoir, sa tête s'incline tantôt sur une épaule, tantôt sur l'autre, elle n'a pas la force de la soutenir, et le regard voilé est en rapport avec la dépression profonde des forces. L'asphyxie est imminente. L'état de l'enfant me parut très alarmant, et je prescris 1° un vomitif, 2° une potion contenant 10 centigr. de kermès, 3° des cataplasmes sinapisés aux extrémités inférieures.

Le vomitif est ainsi composé : tartre stibié, 5 centigrammes ; sirop d'ipécacuanha, 30 grammes ; eau, 60 grammes. On le donne par cuillerées à soupe, de dix en dix minutes ; ce n'est qu'à la quatrième que l'enfant peut vomir. L'oppression diminue après le vomissement. Deux heures après on commence la potion de kermès par cuillerées. Dans la nuit, on a de nouveau recours au vomitif, parce que la dyspnée a repris une nouvelle intensité.

Le 30 octobre, au matin, je trouve la petite fille beaucoup mieux. L'oppression a en grande partie disparu. Elle joue sur son lit, elle est sans fièvre ; cependant le visage est assez éprouvé, et l'on perçoit toujours un râle sibilant général, mais il est moins sonore. Dans la journée, le râle diminue ; les jours suivants, il ne restait que des vestiges de la maladie ; elle finit comme un simple rhume.

Remarques. Comme nous le disions au début de cet article, la bronchite à râle vibrant présente des symptômes aussi graves que celle à râles bullaires ; mais elle a une plus courte durée, et quoique d'apparence très dangereuse, elle l'est moins que l'autre. La maladie du jeune A... a été, en effet, beaucoup plus sérieuse que celle de la jeune B..., et surtout le danger a duré plus longtemps. Nous savons bien que la différence des âges peut entrer pour quelque chose dans ce résultat, mais nous croyons que la forme de la maladie est de beaucoup la circonstance la plus importante. Nous en trouvons la preuve en comparant ce fait à creux de bronchite bullaire recueillis à l'hôpital des Enfants. C'est un véritable accès d'asthme qu'a eu la jeune B..., mais un accès qui, à son âge, pouvait avoir des conséquences plus funestes que chez un adulte ou chez un vieillard. Il suffit de lire l'observation pour distinguer cette maladie de la laryngite ; l'absence de toux rauque et de sifflement laryngo-trachéal, la dyspnée continue, ne peuvent laisser de doute à cet égard.

La médication a rapidement enrayé la marche de la maladie ; le vomitif a diminué l'oppression, et quand elle a reparu, une seconde dose a produit le même résultat. C'est, en effet, dans les cas de cette espèce, un des meilleurs moyens à employer ; cependant la fièvre est quelquefois tellement intense, que le vomitif seul ne suffit pas, et qu'il faut recourir aux émissions sanguines. Le fait suivant en est la preuve.

Fréquents accès de fièvre avec toux et oppression ; catarrhe léger ; attaque de bronchite suraiguë à râle vibrant ; dyspnée extrême, fièvre très intense ; pas d'amélioration par le vomitif ; application de quatre sangsues ; amélioration rapide.

Obs. III. — La jeune B... est âgée de 4 ans ; cette enfant est sujette à des accès de fièvre qui s'accompagnent d'accidents analogues à ceux décrits ci-dessus ; cependant la crise dont j'ai été le témoin a de beaucoup dépassé en intensité toutes celles qui avaient existé précédemment. Depuis le 3 septembre, l'enfant n'était pas très bien ; elle toussait, et avait moins d'appétit qu'à l'ordinaire. Le 5, elle prend de la fièvre. Le 6, la fièvre augmente, et s'accompagne de toux intense et de dyspnée. Je la vois ce jour-là, à quatre heures de l'après-midi. C'est une enfant blonde, lymphatique : le cou est gros, les glandes sous-maxillaires sont engorgées. La respiration est excessivement gênée, entre 60 et 72, sibilante à distance comme chez les asthmatiques. La sibilance se retrouve aussi à l'auscultation, assez uniformément répandue partout ; pas de râles humides, sonorité. La peau est brûlante, le pouls à 160. Le ventre un peu gros, n'offre rien de particulier. Pas de symptômes cérébraux. A neuf heures du soir, on me rappelle, l'enfant étant plus mal. La dyspnée, en effet, a encore augmenté ; près de 80 respirations à la minute. La tête est renversée en arrière ; la face pâle, asphyxique ; somnolence, fièvre encore plus ardente. J'avais prescrit, à ma première visite, une potion de 120 grammes avec kermès, 15 centigrammes, et teinture d'aconit, 1 gramme. Deux cuillerées à soupe l'avaient fait vomir, mais le vomissement n'avait pas été suivi de soulagement. J'ordonnai alors une application de quatre sangsues, deux derrière chaque apophyse mastoïde. Les piqûres coulent abondamment une grande partie de la nuit.

Le 7, à sept heures du matin, amélioration ; le pouls n'est plus qu'à 140, la respiration à 56. La chaleur a diminué ; la face a perdu sa teinte asphyxique. La somnolence est beaucoup

moins marquée. La sibilance, soit à distance, soit à l'auscultation, a diminué. On a continué la potion de kermès, qui n'a plus fait vomir. Dans la journée, l'amélioration se soutient et augmente. La fréquence du pouls et de la respiration diminue encore. Le regard est plus vif, la connaissance complète.

Le 8, au matin, je trouve l'enfant levée, prête à sortir; elle est sans fièvre, la respiration est libre ; elle a pris en tout deux potions de kermès. Je fais suspendre les remèdes, et je prescris pour le lendemain une purgation avec sirop de chicorée.

Le 18. Il paraît que dès lors elle a eu deux ou trois attaques de ces accès fébriles, avec plus ou moins de catarrhe.

Remarques. Cette enfant, bien que plus âgée que la précédente, a présenté des symptômes encore plus alarmants. La dyspnée était plus intense, et la fièvre beaucoup plus violente. Le vomitif n'avait produit aucun soulagement ; la fièvre était si vive, et les symptômes d'asphyxie si urgents, que je n'hésitai pas à prescrire une application de sangsues. Cette émission sanguine fut suivie d'un soulagement trop immédiat, et le changement du soir au lendemain fut trop évident, pour que je puisse admettre que le remède ait été étranger au succès. Comme la bronchite suffocante, à râle vibrant, est une maladie sujette à récidive (et c'était le cas chez cette jeune fille), on ne doit, pas plus que pour la laryngite spasmodique, abuser des émissions sanguines ; mais il est des cas où l'on ne saurait se passer de ce puissant moyen, et celui-ci m'a semblé du nombre. Les parents, qui étaient habitués à voir à leur petite fille des mouvements fébriles accompagnés de toux et dyspnée, n'avaient jamais observé une crise d'une semblable intensité. On peut faire la même remarque dans bien des cas de laryngite striduleuse, où l'on voit des accès légers suivis d'accès assez graves pour compromettre la vie. Ces bronchites suffocantes, à râle vibrant, sont bien de la même famille que les laryngites spasmodiques ; elles reconnaissent les mêmes causes, sont accompagnées des mêmes symptômes, débutent au milieu de la nuit, et se terminent le plus souvent par le retour à la santé, au bout d'un temps très court. L'analogie est complète pour les cas où la bronchite à râle vibrant est précédée par une attaque de laryngite spasmodique.

Jurine avait bien saisi les points de contact des deux maladies, et il se serait prononcé d'une manière bien plus affirmative encore, s'il n'avait pas lui-même confondu le vrai croup avec la laryngite spasmodique ; mais tout ce qu'il dit s'applique très bien à la question que nous traitons ici. Voici en quels termes il s'exprime : « Quoique les croups et les catarrhes pulmonaires

paraissent être des maladies fort différentes, à les juger du moins dans leur seconde période : cependant, quand on réfléchit sur les causes occasionnelles ou déterminantes de ces deux maladies, sur leur invasion, sur leur siége, sur leurs effets, et même sur leurs terminaisons, on est forcé d'avouer qu'il y a entre elles la plus grande analogie. »

L'observation suivante est un exemple de bronchite suffocante avec prédominance de râle vibrant, précédée par une attaque de laryngite spasmodique et concomitante à une trachéite. C'est un de ces exemples si fréquents dans la pratique qui démontrent combien sont légères les différences qui séparent les inflammations de l'arbre laryngo-bronchique chez les enfants.

Début par un seul accès de laryngite striduleuse, persistance d'une toux catarrhale ; au bout de huit jours, trachéite et bronchite à râles vibrants et bullaires mélangés ; fièvre et dyspnée intense ; traitement par le kermès et les vésicatoires. Guérison.

Obs. IV. — La jeune B..., est âgée de 14 mois, elle est grande et surtout très grosse pour son âge ; son cou est court, et son système lymphatique très développé. Elle a toujours joui d'une bonne santé. Dans la nuit du 27 au 28 avril, elle est prise subitement de suffocation, de toux rauque et d'enrouement ; je la vois le lendemain, l'accès était passé, l'enfant était sans fièvre, la gorge était saine, il n'y avait pas de dyspnée, les symptômes fournis par l'auscultation étaient négatifs. Je me contente de prescrire une potion avec 10 centigrammes de kermès.

Je ne suis rappelé que le 6 mai ; les parents me racontent que l'accès ne s'est pas répété, et que l'enfant a été assez bien jusqu'au 4 mai, quoique la toux ait persisté. Le 4, la toux avait augmenté, et de nouveau un léger enrouement avait reparu. Le 5, la toux était encore plus fréquente, l'enrouement était nul ; mais la fièvre commençait à se montrer. Le 6, je vis la petite malade à six heures du soir ; l'état était peu inquiétant, le pouls était à 120, la chaleur médiocre, la respiration de 36 à 40. On entendait un peu de râle sibilant des deux côtés en arrière. Le cri était clair, la toux pénible, évidemment douloureuse et angoissée ; l'enfant cherchait à la retenir, comme si elle déchirait la trachée. *Traitement.* Potion de 90 grammes avec 10 centigrammes de kermès, donnée par cuillerée à soupe toutes les deux heures. Les premières cuillerées occasionnent des vomissements.

La nuit du 6 au 7 est très mauvaise. Le 7, à sept heures du

matin, je trouve l'enfant plus malade, la fièvre et l'oppression sont beaucoup plus intenses que la veille ; les inspirations sont hautes, difficiles, accompagnées de stertor trachéal très bruyant ; elles passent 60 à la minute ; le cri est clair.

La dyspnée est si grande que l'enfant, qui suffoque, rejette la tête en arrière, pour respirer plus facilement, comme dans les violentes attaques de croup ou de laryngite spasmodique ; cependant le larynx est libre, car la toux n'est pas rauque. On entend des deux côtés en arrière et dans toute la hauteur de la poitrine un mélange de râle sous-crépitant inégal, et de râle sibilant assez abondant ; le râle sous-crépitant est plus prononcé à droite qu'à gauche. Je prescris une potion contenant 20 centigrammes de kermès pour 90 grammes de véhicule, qui, par erreur, est prise tout entière en quatre heures. Le kermès purge abondamment, mais ne fait pas vomir.

Je revois l'enfant à onze heures, au moment où elle vient de finir sa potion ; il n'y a aucune amélioration, au contraire, la dyspnée est encore plus intense, les joues sont nuancées de violet ; la petite malade est dans cet état de somnolence qui accompagne l'asphyxie commençante. Je prescris un large vésicatoire sur la partie extérieure du thorax au moyen de la pommade de Lausanne laissée pendant six heures. Dans la soirée, il y a une amélioration notable, la dyspnée a diminué ainsi que la fièvre ; l'auscultation donne les mêmes résultats que le matin. L'enfant a versé une larme, ce qu'elle n'avait pas fait depuis vingt-quatre heures. La nuit n'est pas mauvaise.

Le 8, au matin, l'amélioration est encore plus marquée. Je trouve la petite malade assise dans son lit, s'occupant des objets qui l'entourent. La fièvre est encore moins forte, la dyspnée moins marquée ; le nez, qui était sec, s'est humecté. Continuation de la potion de kermès.

Du 8 au 10, l'état est de plus en plus satisfaisant, la dyspnée a graduellement diminué, la continuité de la fièvre a été remplacée par un état fébrile irrégulier et intermittent, la toux est devenue plus facile et surtout plus grasse. Le 10, au matin, l'enfant était gaie ; la respiration était fréquente quand on l'agitait ; dans les autres moments, elle était calme ; on entendait aussi de temps en temps un stertor trachéal très marqué. Le râle humide, qui le 9 était encore prononcé, avait presque entièrement disparu. On n'entendait plus que du gros râle ronflant et sibilant ; la percussion était sonore, la diarrhée avait disparu. Le kermès était toléré.

Les jours suivants, l'amélioration fait de nouveaux progrès ;

sauf un peu de toux, de l'accélération momentanée de la respiration et du stertor, l'enfant peut être considérée comme guérie.

Remarques. Les symptômes de la laryngite spasmodique, de la trachéite, et de la bronchite, ont été évidents chez cette enfant. A la laryngite spasmodique, appartiennent les accès de suffocation nocturne, la toux rauque, l'enrouement; à la trachéite, la toux pénible, douloureuse, déchirante, et le stertor trachéal; à la bronchite, les râles vibrants et bullaires, l'intensité de la fièvre et de la dyspnée. Ce fait confirme nos remarques, et prouve combien sont insensibles les transitions qui établissent, chez les enfants, le passage d'une de ces phlegmasies à l'autre.

Ce fait prouve aussi que, dans les bronchites suffocantes, la distinction établie par M. Beau est loin d'être toujours facile à faire. Elle était très aisée dans l'observation précédente; elle est très difficile dans celle-ci, parce que les râles étaient à peu près également mélangés. Cependant le début par des râles vibrants et persistants nous a engagé à rapprocher ce fait des deux précédents.

L'agent thérapeutique qui a paru avoir, dans ce cas-ci, exercé l'influence la plus heureuse est le vésicatoire. Le kermès, bien que pris à hautes doses, n'avait pas eu de résultats avantageux; c'est à la suite du vésicatoire que l'amélioration s'est prononcée. Cette observation doit, sous ce rapport, être rapprochée des trachéites graves, dans lesquelles les révulsifs ont produit le meilleur effet.

Si les trois dernières observations doivent être rangées parmi les caractères suffocants, elles ne pourraient pas mériter le nom de bronchites capillaires : c'est du moins ce que semble prouver la nature des râles sonores; bien plutôt elles font suite aux observations de trachéite suffocante que l'un de nous (M. Rilliet) a dernièrement publiées. Si nous voulions les ranger dans un ordre anatomique, nous mettrions le second de ces faits après ceux de trachéite grave, le troisième viendrait ensuite; puis le quatrième servirait de passage entre les précédentes et notre 1re observation, qui seule peut être rangée parmi les bronchites capillaires. Ce quatrième fait sert, comme nous le disions d'ailleurs, à établir des rapports entre les laryngites striduleuses et les trachéo-bronchites; de telle sorte que, soit par le siége du mal, soit par le mélange des râles sibilants et bullaires, il établit l'identité de nature entre toutes ces phlegmasies de l'arbre respiratoire. Nous voulons maintenant rapporter une observation qui donne une plus grande extension à ces rapports, c'est-à-dire qui rapproche des faits précédents ceux de coryza et de bronchite capillaire

suraigus avec congestion rapide et passagère sur le poumon lui-même. Ce sera là le premier lien entre les bronchites et certaines formes de pneumonie que l'on ne peut pas séparer de la lésion des petites bronches. (*La suite à un prochain numéro.*)

VI. Chirurgie, Orthopédie et Ophthalmologie.

PATHOLOGIE EXTERNE.

11. *Du coussin bivalve, nouvel appareil contentif pour les fractures du membre inférieur* ; par le docteur LAURENCET, médecin en chef de l'hôpital civil de Feurs et de la compagnie du Chemin de fer de la Loire.

Suite : *voir* t. IX, septembre 1851, p. 93.

(Archives générales de médecine, octobre 1851.)

§ 3. *Fracture du quart inférieur de la jambe.* — Je crois devoir consacrer un paragraphe spécial à cette fracture, à cause des difficultés qu'elle offre à être réduite et maintenue, et de la nécessité de lui appliquer un système de traction des plus efficaces. Je me suis souvent demandé si la contraction musculaire avait pour cause l'irritation produite par la douleur, la déchirure et la piqûre que les pointes des fragments font éprouver à la fibre du muscle. Si la cause était là, il en devrait découler, ce me semble, que les fractures du tiers ou du milieu de la jambe offriraient le plus de chevauchement et le plus de résistance aux efforts de réduction. Je n'ai cependant remarqué cette circonstance qu'une seule fois dans une fracture moyenne; elle était d'une grande obliquité et accompagnée d'un désordre extrême des parties molles. A moins de l'avoir vue, on ne peut s'en faire une idée que par la connaissance des circonstances dans lesquelles elle se produisit. Un homme de campagne guéait la Loire sur sa charrette en avant de plusieurs autres; il avait les jambes dans une espèce de caisson découvert situé en contre-bas entre les deux brancards. Comme il touchait à la rive, son cheval est effrayé par la chûte d'un corps lancé de derrière; il casse d'une ruade le caisson et l'une des jambes de l'individu qui le conduisait. Celui-ci, croyant n'avoir qu'une contusion, s'élance, à l'aide de ses bras, pour sauter à la bride, et retombe de tout son poids sur ses deux jambes dont l'une était cassée. Les deux fragments labourèrent

en sens inverse toute l'épaisseur du mollet, et firent une large perforation à la peau ; chaque fragment apparaissait dénudé, même de son périoste, dans un espace de 4 à 5 centimètres. La suppuration établie sur une si grande étendue de surfaces déchirées s'éleva bientôt à plus d'une verrée par jour. Deux hommes d'une force remarquable suffisaient avec la plus grande peine à ramener les fragments bout à bout ; mais à peine affrontés, ils se séparaient et revenaient à leur état de chevauchement. Il est évident qu'ici l'os, dénudé dans une si grande étendue, et libre de toute insertion musculaire, obéissait entièrement à l'action rétractile des muscles. Mais, hors ce cas d'une grande obliquité et d'un énorme délabrement, dans toutes les fractures compliquées et même comminutives du tiers ou du milieu de la jambe que j'ai eu l'occasion de voir, et à plus forte raison dans les autres, je n'ai jamais éprouvé les difficultés à coapter et contenir dont je viens de parler ; et pourtant ces difficultés ne sont rien auprès de celles que présente une fracture du quart inférieur. Pour celles-là, chez un adulte ordinaire, il ne m'a jamais fallu moins de deux et quelquefois trois hommes pour opérer l'extension, et le lacs de la contre-extension en représente le même nombre. Elles sont toujours obliques ; du moins je n'en ai jamais rencontré d'autres, ni dans celles de ma pratique, ni dans celles provenant de la pratique de mes confrères, qu'il m'a été donné d'examiner après la consolidation. Or, comme elles étaient toutes guéries d'une manière passablement difforme, je présume qu'elles avaient présenté les mêmes difficultés. Cependant, par le lieu qu'elles occupent, il est facile de voir qu'elles ne peuvent blesser aucuns faisceaux musculaires ; car, dans cet endroit, il n'existe plus que des tendons et leurs gaînes synoviales : c'est par eux que toute l'action des puissances musculaires du mollet est transmise au pied. C'est la contractilité de cette masse énorme de muscles que la contention est appelée à surmonter. Que ferait, en comparaison de telles forces, le poids seul du pied, si on le destinait à jouer le rôle de puissance extensive dans un appareil dextriné ? C'est là qu'il ne faut pas craindre d'appliquer un des systèmes de traction les plus énergiques : peut-être, mais je ne puis le dire par expérience, le plâtre coulé de Dieffenbach aurait-il une action supérieure à tous les autres procédés ; il me semble qu'il doit être le plus contentif de tous les appareils, parce que, pressant d'une manière douce et égale sur tous les points de la surface des parties à contenir, sa force, ainsi disséminée, n'en blesse aucune, et la réunion de toutes ces forces fractionnées équivaut à une somme immense de constriction et de résistance.

Ce que je viens de dire pour la fracture du quart inférieur de la jambe se peut dire aussi bien de celle du quart inférieur de la cuisse et du quart inférieur du bras : elles opposent plus de résistance aux efforts de réduction, et plus de difficultés à rester réduites. Dans ces divers points des régions dont il s'agit, les fibres musculaires ne sont presque pas exposées aux piqûres des fragments osseux, car il n'y a plus que leurs tendons qui se trouvent en rapport avec ces derniers.

Eh bien ! c'est précisément, à mon avis, parce qu'elles sont dégarnies d'insertions musculaires, que ces parties cèdent à la puissance rétractile des muscles de leurs propres régions ; mais elles la reçoivent médiatement, elle leur est transmise par l'extrémité contiguë de l'os ou des os de la région suivante du membre où se font les insertions de ces muscles. Le chevauchement, en effet, a toujours lieu par l'ascension du fragment inférieur ; car, une fois que le pied a quitté le sol, le point d'appui est transporté au bassin. Prenons pour exemple la cuisse avec une fracture oblique du tiers inférieur ou du milieu : bien qu'une foule de muscles assez forts partent du bassin pour aller obliquement se fixer au fémur, l'on expliquerait plutôt par leur action les déviations des fragments que l'ascension du fragment inférieur, ou bien alors il faudrait attribuer ce dernier phénomène à quelques faisceaux musculaires seulement, c'est-à-dire le plus grand effet à la moindre cause; encore cette explication diminuerait-elle de force pour la fracture du quart inférieur, où le phénomène à expliquer augmente d'intensité. Qu'on se représente, au contraire, le droit antérieur, le couturier et le triceps fémoral, d'une part ; les biceps fémoral, demi-tendineux et demi-membraneux, d'autre part, faisant effort pour attirer en haut le tibia et le péroné, qui reçoivent leurs attaches inférieures, on comprendra comment les condyles du fémur, avec une courte portion du corps de l'os, que rien ne retient, sont si fortement remontés vers le milieu de la cuisse; comment, au contraire, la partie moyenne de l'os, retenu par les couches épaisses de muscles dont elle est revêtue, se montre moins sensible à l'impulsion qu'elle reçoit d'en bas.

Quoi qu'il en soit des théories, la fracture du quart inférieur de la jambe exige une traction énergique, qu'elle soit exercée par l'appareil de Boyer, par celui de la Charité, ou à l'aide d'un poids suspendu au prolongement de l'étrier. Mais, quelque soit le mode, elle a besoin d'être aussi rigoureuse que le patient pourra la supporter ; elle doit être prolongée jusqu'aux premiers moments de la consolidation, ce qui porte au 15e jour. Si à cette époque, il y a un commencement de soudure, ce qu'il est facile de con-

stater, rien n'empêchera de substituer au coussin bivalve l'appareil dextriné, et de donner au patient toute la liberté compatible avec cet appareil.

§ 4. *Du coussin bivalve dans les fractures compliquées de la jambe.* Dans les fractures compliquées, il faut distinguer celles où la suppuration est modérée, et celles où les désordres et la suppuration sont excessifs. Lorsqu'elle est modérée, qu'elle ne nécessite pas un changement fréquent des bandelettes de Scultet, et que le pus peut être absorbé par une quantité raisonnable de charpie, que le pansement peut se faire tous les deux jours, il n'est besoin d'aucune modification étrangère au traitement des fractures simples. Mais il existe des cas où un grand délabrement a eu lieu dans les parties molles, où le foyer s'étend beaucoup au-dessus et au-dessous du point où les fragments de l'os ont perforé la peau, où l'on a lieu de prévoir que des clapiers s'établiront et rendront des contre ouvertures nécessaires, où la lésion des parties molles s'étend à une grande profondeur, comme, par exemple, dans une fracture d'os par coup de feu : alors la suppuration peut aller jusqu'à plus d'une verrée par jour. Il n'y a point d'appareil dont les pièces puissent absorber une telle quantité de liquide sans être immédiatement hors d'usage ; d'ailleurs, la durée de ces suppurations est toujours fort longue, et pendant toute cette durée la contention exacte n'a point de nécessité, car il n'y a pas de formation de cal possible.

Dans ce cas, le coussin bivalve doit être celui de la fracture de cuisse auquel on fait, pour la portion de la jambe, l'addition suivante : elle consiste en un revêtement imperméable qui a lieu à l'aide d'une toile cirée. Celle dont les chapeliers se servent pour confectionner ces coiffes dont on recouvre les chapeaux de feutre réunit, grâce à sa souplesse, les qualités qui m'ont paru les plus favorables. On étend un feuillet de cette toile depuis le jarret, ou seulement depuis 4 à 5 centimètres au-dessus de l'orifice de la plaie, jusqu'à l'extrémité podalique du coussin ; il peut même la dépasser de quelques centimètres et se replier à sa face postérieure. Ces dispositions étant faites, on place le membre fracturé dans le coussin. Celui-ci est fixé au tronc, comme il est dit plus bas, pour les fractures de la cuisse, et tout le membre, ainsi que le coussin, est placé en demi-flexion à l'aide d'une couverture roulée cylindriquement qui est posée sous le jarret. La jambe blessée est couchée ainsi en pente sur la gouttière tapissée de la toile cirée sans aucun autre appareil. L'inclinaison donnée à cette partie du coussin et du membre permet au pus de s'écouler vers l'extrémité podalique ; cette extrémité repose sur une alèze ou un

lit d'étoupes destiné à étancher la suppuration. Comme on peut sans inconvénient ouvrir de quelques degrés l'articulation du genou en soulevant la portion jambière du coussin, cela donne la facilité, dans les pansements, de glisser sous l'extrémité podalique un vase sans profondeur, mais assez large pour recevoir une irrigation d'eau tiède que l'on dirige sur la plaie ou les plaies. On balaye ainsi la gouttière du pus qui s'y ramasse aux côtés du membre. Le pansement se réduit dès lors à la simple application d'un plumasseau de charpie.

Je n'ai pas besoin de faire remarquer que l'absence d'une contention circulaire complète est jusqu'à un certain point remplacée par les avantages de la position déclive. C'est là un moyen de combattre la contraction musculaire en faisant jouer le rôle de puissance extensive à la portion du membre inférieure à la fracture. On comprend aussi que ce but sera d'autant mieux atteint que l'angle formé au genou par la flexion de la cuisse avec la jambe sera plus aigu, et que cette dernière portion se rapprochera davantage de la verticale, sauf, bien entendu, à modérer de temps à autre cette inclinaison en raison du degré de fatigue qu'elle imposerait au patient.

Dès que la suppuration a notablement diminué, qu'une partie des plaies (si elles étaient multiples) s'est déjà fermée, qu'on prévoit enfin que la soudure des fragments va bientôt commencer, lors même que l'on aurait lieu de soupçonner que des esquilles devront sortir par la suite, on peut réduire la fracture et placer le membre dans un appareil dextriné, en ayant soin de pratiquer une fenêtre vis-à-vis de la plaie. En voici deux exemples où l'on peut dire que cette méthode a rendu de précieux services et évité beaucoup de fatigue au patient.

Obs. VI. — Un jeune homme d'une trentaine d'années, valet de ferme, de taille moyenne, de constitution athlétique, tombe de dessus une voiture chargée de sacs de grains, ce qui représente une hauteur de 12 à 15 pieds. L'os fémur est luxé en avant ; les deux os de la jambe du même côté sont fracturés avec perforation de la peau par les fragments du tibia. Cette fracture était au tiers inférieur de la jambe. Vers les onze heures du soir, on apporte le blessé à mon hôpital, accompagné d'un de mes confrères, qui venait d'être appelé pour lui porter secours. Nous renvoyâmes au lendemain à la pointe du jour, avec l'intention d'employer les anesthésiques pour obtenir la résolution musculaire, pendant que nous tenterions de réduire la luxation. Le lendemain, en effet, nous nous trouvâmes avec un nombre d'aides suffisants au rendez-vous. Nous essayâmes en vain, d'abord avec le chloroforme, puis

avec l'éther, soit à l'aide d'un simple mouchoir, soit à l'aide d'un appareil ; nous n'obtînmes rien. Dans les instants où nous semblions le plus près de procurer le sommeil au patient, des tractions étaient opérées par des lacs qui embrassaient le genou, pendant qu'un aide soutenait la jambe cassée et lui faisait suivre les mouvements de la cuisse ; elle était simplement et sans réduction pliée dans un oreiller. Les effets de l'anesthésie ayant manqué, nous ne pouvions, avec un moyen d'extension aussi faible qu'un lacs entourant le genou, arriver à notre but ; nous nous rejetâmes sur un mouvement de bascule exécuté par le fémur. Mon confrère le lui imprimait de bas en haut, et de dehors en dedans. Pendant ce temps-là, j'appuyai de toute ma force les éminences thénar de mes deux mains sur la saillie de la tête du fémur, qui se sentait au pli de l'aine, sous le ligament de Gimbernat ; je la repoussai en arrière de toute l'impulsion de mon corps, et nous vînmes à bout, après plusieurs tentatives, de faire cette difficile réduction.

Ce résultat obtenu, nous ne nous mettions plus guère en peine de la jambe ; son accident, tout grave qu'il était, ne pouvait, après tout, renfermer qu'une question de temps ; mais l'on va voir qu'elle fut très-longue. La réduction de la fracture fut aisée ; elle était légèrement oblique ; les rapports se maintinrent sans aucun point de traction, par la seule coercition du bandage de Scultet et du coussin bivalve. Le blessé n'éprouva aucune fièvre traumatique ; il n'en ressentit que plus tard, dans le cours du traitement, quand il fallut pratiquer des contre-ouvertures. Les abcès s'annonçaient un jour ou deux à l'avance par la douleur, l'inappétence, l'insomnie, et l'accélération du pouls. Les deux premiers se développèrent successivement en dedans du tibia ; cependant la suppuration ne fut jamais ni considérable ni de mauvaise qualité. Au 30e jour, elle avait un peu diminué, mais la consolidation était presque nulle. Enfin, vers le 40e jour, un nouveau foyer se déclara par des symptômes fébriles et une légère saillie avec rougeur à la peau, dans la direction du péroné. Aussitôt ouvert avec le bistouri, tous les malaises disparurent, l'appétit revint, et la suppuration recommença à diminuer ; mais la consolidation n'avançait pas néanmoins. Il n'y avait qu'une sorte d'empâtement qui n'aurait pas permis de soulever par le genou le membre étendu, sans qu'une incurvation ne se manifestât au lieu de la cassure. La santé générale s'était maintenue ; le sujet pourtant commençait à s'ennuyer de l'hôpital. Il était évident qu'une ou plusieurs esquilles devaient être éliminées, qu'elles avaient leur chambre dans l'intérieur du cal, et

qu'on ne devait plus redouter d'abcès. Le membre fut placé dans un appareil amidonné avec deux attelles latérales de carton, et une fenêtre en face de la plaie de devant, la seule qui restât. Pendant cinq ou six mois, je rencontrai mon malade venant les dimanches à la messe avec ses crosses. Il lui est sorti cinq ou six esquilles; après quoi la plaie s'est fermée, et la consolidation achevée. Il marche aujourd'hui sans claudication sensible.

Obs. VII. — Un homme de 25 ans, d'une solide constitution, d'un tempérament flegmatique, était monté sur une voiture. Par le fait d'un choc venant de derrière, il arrive, sans que lui ni personne pût analyser la marche de l'accident, qu'on ramasse cet homme avec de nombreuses blessures ; la jambe droite était fracturée dans ses deux os au tiers inférieur, avec perforation de la peau. Le pied gauche avait une luxation incomplète de son articulation tibiale. Dans le pourtour, étaient trois contusions étroites et profondes; elles laissaient apercevoir des plaies comme produites par des corps saillants et étroits, telles qu'en pourraient faire des pointes de roches ou des têtes de clous. En haut de la cuisse, près du pli de l'aine, et parallèlement à lui, déchirure de 12 à 13 centimètres de long, n'intéressant que la peau. Au côté gauche de la tête, le cuir chevelu était détaché en demi-cercle dans la longueur d'une main, mais sans perte de substance. Dans le dos, depuis le milieu jusqu'au sacrum et en tirant vers le flanc droit, il y avait une foule de contusions sans entamure de la peau, et c'est de quoi le blessé souffrait et se plaignait davantage. Au bout d'un mois, les dernières nuances de l'ecchymose du flanc droit n'étaient pas encore dissipées. La multitude de lésions et la douleur qu'exprimait le blessé me firent redouter le tétanos ; cependant le surlendemain il avait déjà reposé. Une seule fois, dans les 24 premières heures, un mouvement de fièvre traumatique s'était déclaré, mais il avait cédé à une saignée. Il commençait à manger au bout du 3e jour. La jambe fracturée avait été réduite sur-le-champ et placée dans le coussin bivalve. La suppuration s'établissait bien ; la douleur des contusions dorsales était bien affaiblie, mais combien n'eût-elle pas été forte avec un lit durci, comme cela se pratique dans l'ancienne méthode. Le pied gauche, qui avait été diastasé, reposait aussi avec la jambe dans un coussin bivalve. Des escharres étaient dessinées aux trois petites plaies de ce pied que j'ai signalées; elles tombèrent du 15e au 20e jour, et leur suppuration était à peine tarie au 36e.

Il est évident que la seule coïncidence de la luxation et des plaies, avec escharre du pied gauche, aurait rendu l'emploi de

l'appareil destriné, pour la jambe droite qui était cassée, sans but et entièrement superflu ; mais il eût encore été un grand embarras, car il eut fallu le défaire toutes les semaines à peu près, dans le mois qui suivit l'accident. Le fragment supérieur avait cheminé parallèlement à l'inférieur, et avait étendu la déchirure des parties molles au-dessus de la perforation de la peau. Le pus faisait clapier ; une contre-ouverture devint nécessaire ; il en fallut une autre peu après, à deux pouces en dedans du bord antérieur du tibia, ou sans doute la pointe du fragment inférieur s'était fourvoyée. Enfin, au 30e jour, on découvrit une autre plaie récemment formée en arrière, au niveau de la solution de continuité du péroné : elle s'était presque produite sans fièvre, car on se souvint que quelques jours auparavant on avait été obligé de retrancher les aliments et le vin qu'on accordait au malade (gros mangeur du reste), parce qu'on crut à une indigestion. La douleur avait si peu révélé cet abcès, que le blessé n'en avait pas parlé. Il faut dire aussi qu'il n'était pas, de sa nature, extrêmement sensible.

L'une des apophyses épineuses dorsales, qui avait été fracturée dans la contusion dont elle était le siége, formait une saillie qu'on sentait en glissant la main entre le dos et l'oreiller. La pression sur ce point rendait le décubitus dorsal absolument impossible à prolonger ; d'ailleurs, sans être bien forte sur chacun, la suppuration établie sur des points multipliés avait affaibli mon blessé. Je jugeai que pour rétablir le ton et la vie il était indispensable de varier les positions. Or, comme il n'y avait à peine qu'un commencement de cal, l'appareil inamovible pouvait seul me procurer cet avantage ; seulement la nécessité de faire une fenêtre en arrière et une en avant ne rendait pas son application plus facile. Je fus obligé de m'y prendre en deux séances : dans la première, je ne fis qu'établir autour de la fracture une espèce de manchon depuis les malléoles jusqu'au renflement du mollet ; il était formé de plusieurs rangées de bandelettes superposées (voy. § 6) : les plus voisines de la peau étaient de linge non dextriné, et les plus éloignées ou les plus superficielles étaient enduites de dextrine et ensuite desséchées. Entre les deux premières et les deux secondes rangées, je posai des attelles de bois de sapin minces. A mesure que je croisais les bandelettes par-dessus les plaies, une aiguille enfilée traversait le point de la bandelette répondant à la plaie, et sur lequel la fenêtre devait être pratiquée après la dessiccation.

Le lendemain, en effet, avec un bistouri, des pinces et des ciseaux, j'ouvris mes fenêtres dans la direction des fils laissés la

veille pour servir de point de repère ; mais cette opération est extrêmement laborieuse. A cette seconde séance, je découpai et plaçai mes deux attelles de carton latérales, préalablement humectées ; elles furent échancrées aux deux endroits correspondant aux plaies et à leurs fenêtres. La solidité que la première opération avait donnée au membre me permit de le faire tenir commodément pendant que je garnissais de remplissage d'ouate la région du pied jusqu'aux malléoles, et celle du mollet jusqu'au-dessus du genou. En scindant ainsi mon opération, je n'avais qu'un but, celui de ne pas déranger les rapports des quatre fragments affrontés depuis un mois et à peine un peu agglutinés ; mais, douze jours plus tard, j'employai une marche plus simple, et que j'applique depuis lors aux fractures que je traite d'emblée par l'appareil inamovible.

Pendant que deux aides tenaient, l'un le genou et l'autre le pied en état de traction modérée, j'appliquai quatre attelles étroites et minces (1 à 2 centimètres de largeur, 2 millimètres d'épaisseur), et enveloppées de deux doubles d'ouate de coton ; je les appliquai immédiatement sur la peau, depuis la cheville jusqu'au milieu du mollet. Je prends ensuite une bande trempée dans la dextrine et roulée, large de 6 centimètres, que je déroule sur les attelles ; à mesure que le tour de bande arrive à la plaie, j'y fais une lunette avec les ciseaux. Cette bande appliquée, j'achève comme je viens de dire ci-dessus ; je place les remplissages, puis les attelles de carton, et je roule une dernière bande dextrinée par-dessus.

Tous ces détails constituent une opération fort laborieuse, et qui exige 3 à 4 heures, même pour une main exercée. Au bout d'une semaine, les résultats rachetaient bien le labeur. Le gonflement du cal s'était bien prononcé, si bien même que ce gonflement faisait des hernies à travers les fenêtres ; il en résultait que la suppuration, au lieu de filer entre la peau et les bandelettes de la couche interne de l'appareil, suintait au contraire en dehors par-dessus les bandes dextrinées les plus externes. Le malade se reconfortait en marchant, et arrivait à un état de santé générale très satisfaisant. Au 12e jour, la défiance, plutôt qu'aucune indication, m'engagea à inspecter le membre. Des trois plaies communiquant avec la fracture du tibia, la plus rapprochée de la fenêtre de l'appareil, qui était celle d'en bas, était fermée ; elle avait détrempé les bandelettes profondes qui répandirent beaucoup d'infection, quoiqu'elles n'en eussent pas donné quand elles étaient recouvertes. La plaie d'en haut avait l'aspect fistuleux, et son orifice était garni d'un tubercule rouge ;

mais le cal avait acquis de la solidité. Je dextrinai de nouveau, et la fenêtre fut pratiquée au niveau de la plaie supérieure ; celle de derrière fut supprimée, car la plaie du péroné était fermée. Au bout de 8 jours, il ne sortait plus une goutte de pus ; l'appareil fut enlevé au 20e jour. Le blessé marchait quatre mois après l'accident.

La fracture dont je viens de tracer l'histoire, peut-être avec trop de minutie, mais du reste avec intention, m'a occasionné, pendant qu'elle était dans l'appareil dextriné, quelques impressions dont je crois devoir rendre compte. Peut-être était-ce que je n'en ai pas encore une très longue habitude, mais j'étais loin d'être tranquille. Ainsi les remplissages n'avaient pu être si également distribués au-dessous des attelles de carton, qu'après la dessiccation le membre ne me parût incurvé en dedans. La difficulté d'établir une fenêtre longue de 6 à 7 centimètres, pour donner jour aux trois plaies qui occupaient cette étendue sur la face du tibia, m'avait engagé à ne mettre à jour que celle d'en bas, pensant que le pus de celle d'en haut y aboutirait naturellement. Quoiqu'il ne se fût point manifesté de tendance au chevauchement pendant un mois dans le coussin bivalve, et quoique j'eusse eu la précaution, pour éviter tout dérangement, de dextriner en deux fois, j'étais inquiet : je défis l'appareil au 12e jour, pour inspecter, parce que, à ce terme, les défectuosités, s'il y en avait eu, pouvaient encore se corriger. Quoique la plupart de mes craintes ne fussent pas justifiées, je m'en applaudis néanmoins, à cause de l'état d'une des plaies, que je croyais fermée et qui ne l'était pas ; et quand à l'autre, à cause du besoin qu'il y avait de changer la portion des bandelettes qui était imprégnée de sa suppuration. En un mot, il est difficile de se rassurer en voyant le simple orifice d'une plaie, comme lorsqu'on voit la lésion dans toute son étendue : prétendre le contraire équivaudrait à affirmer qu'on juge aussi bien d'un intérieur, en regardant par le trou de la serrure, que par une porte au grand ouvert. Même dans une fracture, qui semble le moins disposée au déplacement, je ne poserais d'emblée l'appareil inamovible qu'avec l'intention de l'enlever du 10e au 12e jour, époque où il est encore possible de réparer des dévitations, ou bien je ne l'appliquerais qu'à cette même époque, où l'on peut déjà compter sur un commencement de soudure, et lorsqu'elle s'est opérée dans de bons rapports.

En mettant la main sur la conscience, je ne me sens pas capable d'adresser au bandage inamovible des reproches plus graves que ceux que je viens de formuler ; et que sont-ils en comparaison

des services qu'il m'a rendus dans ces deux fractures? Que serait devenu le premier individu s'il lui avait fallu passer quatre mois de plus dans une salle d'hôpital sans quitter son lit? Cette salle pourtant n'a que quatorze lits ; elle est saine, claire, aérée, et tenue avec toute la propreté exigible. Eh bien, malgré ces conditions de salubrité, il n'en est guère parmi ceux qui sont atteints de blessures moins gênantes qu'une fracture, parmi ceux qui peuvent se promener dans notre jardin, qui est fort beau, il n'en est guère, dis-je, qui ne contractent, au bout d'un temps plus ou moins long, ce que nous appelons le dégoût de l'hôpital ; il faut les renvoyer sous peine de mort. Sans l'appareil inamovible, pourrait-on le faire aussi facilement ?

Quant au sujet de la 6e observation, sans l'appareil inamovible, on n'aurait pas pu éviter une escharre sur l'une des apophyses épineuses dorsales. Cette suppuration serait venue ajouter des causes de débilitation à celle des plaies précédentes, dont une partie seulement était déjà fermée. Qui est-ce qui pourrait croire qu'en le faisant rester 12 jours de plus au lit, le cal, dont il n'y avait presque pas de trace, aurait marché comme il le fit dans les 12 premiers jours qui suivirent la position de l'appareil dextriné. Presque tous les blessés se résignent assez aisément à être alités un mois et même davantage ; ils sont faits à cette condition, parce qu'elle est de notoriété dans le vulgaire. Ce n'est pas, à vrai dire, un motif pour se dispenser de faire mieux, puisque c'est possible ; mais à plus forte raison est-il louable d'user du bienfait de cette précieuse découverte pour les fractures compliquées, où la perspective de la guérison se présente si souvent dans un lointain sans terme.

J'ai lu quelque part que la vue de guérisons fort vicieuses obtenues avec le bandage amidonné avait porté des chirurgiens de premier mérite à conseiller de le proscrire de la pratique. Le reproche et le fait très vaguement articulé sur lequel il était assis ne me paraissent pas devoir influer sur le jugement à porter à l'égard de ce procédé : je présume qu'il avait été employé dans un de ces cas auxquels il ne convient pas, et qu'on ne s'était pas assez tenu en garde contre ce qui pouvait se passer hors de la vue. Il est de ces cas, en effet (et j'en ai eu sous les yeux), où l'appareil solidifiable ne convient pas, ou convient moins que le coussin bivalve ou toute autre méthode. Ces cas sont ceux où soit la nature de l'accident, soit ses complications, doivent empêcher de faire jouir le blessé de la locomotivité. Ces espèces ne sont pas rares. Le malade de la 6e observation en présente une, puisque sa jambe gauche était aussi incapable de prendre appui

au sol, à cause de la luxation et des plaies au pied, que la droite qui était fracturée.

Lorsque l'extension doit être faite dans le lit par un appareil accessoire, comme dans une fracture du quart inférieur de la jambe, l'appareil inamovible devient également superflu avant que la consolidation soit bien commencée et reconnue faite dans de bons rapports.

Il en est de même quand un membre supérieur est fracturé en même temps qu'un des deux membres inférieurs, puisque le blessé ne pourrait pas se servir des béquilles.

J'ai eu connaissance d'un cas de cette dernière espèce : le blessé avait une cuisse et un bras cassés du même côté, tous deux au quart inférieur. Le bandage dextriné était superflu puisque le malade ne pouvait marcher avec des crosses ; mais, en outre, ces deux fractures avaient besoin chacune d'une extension énergique : il fallut coucher le malade, à cause de la fracture de la cuisse, et alors le poids de l'avant-bras ne jouait pas le rôle de puissance extensive. Le fragment inférieur chevaucha d'une manière prononcée ; la cuisse présenta le même phénomène par suite des raisons données (§ 3). Le bandage dextriné n'obtint ici la préférence qu'à cause de sa solidité ; car c'est à la cuisse, comme je l'explique (§ 6), à cause de sa forme conique, qu'il convient le mieux. Mais on eut le double tort de négliger l'extension, parce qu'on ne se défiait pas assez de l'action musculaire dans les fractures du quart inférieur. et de ne pas inspecter le membre du 10e ou 12e jour, pour voir comment les choses allaient. Ce qui causa cette dernière inadvertance, c'est que, dans plusieurs fractures du milieu de la cuisse ou du bras, on avait réussi antérieurement, parce que dans celles-ci la tendance au chevauchement est beaucoup moins considérable. Si le chirurgien ne peut pas s'énorgueillir de ce traitement, le blessé ne se sert pas moins de ses membres ; car, en fait de difformité, il en faut, dans bien des cas, un degré assez considérable pour qu'il en résulte une infirmité. C'est ce que M. Velpeau a avancé et prouvé jusqu'à l'évidence. On a eu l'air de s'étonner d'une telle assertion, et de dire qu'il ne se montrait pas assez soigneux de conserver la beauté des formes, qu'il érigeait, pour ainsi dire, cette incurie en système, ce qui serait un système des *à peu près*. C'est, je crois, avoir fort mal compris ce célèbre professeur. En lisant attentivement le compte rendu de ses cliniques, j'ai cru voir qu'il érigeait non pas en système, mais en principe, ce résultat général des faits observés, savoir : qu'une difformité légère amenait rarement une infirmité, c'est-à-dire la claudication pour le

membre inférieur, ou la gêne des mouvements pour le membre thoracique. Il en conclut, et c'est là que réside son système, selon moi fort louable, qu'il ne faut pas chercher à obtenir une plus grande perfectibilité lorsqu'elle serait acquise pour certains patients (les vieillards, quelques tempéraments nerveux dits intolérants ou indociles), au prix de grandes souffrances, et même d'une impotence très prolongée quoique non permanente.

La perfectibilité est, en effet, un but désirable en toutes choses, et les ouvrages de chirurgie ne manquent pas de la proposer en perspective, comme s'il s'agissait toujours de traiter une Vénus prête à servir de modèle à un Phidias, et comme si l'on ne devait jamais manquer de l'obtenir. Mais que les chirurgiens réunis veuillent de bonne foi interroger les résultats de leur propre pratique, ils verront combien peu ils ont raccommodé de membres dont on ne puisse reconnaître à quelques saillies le défaut de rapports complets entre les fragments, et cependant leurs blessés jouissent de la plénitude de l'usage de ces mêmes membres.

§ 5. *Application du coussin bivalve aux fractures de la rotule.* — Pour la fracture transversale de la rotule, le coussin bivalve n'est qu'un accessoire, mais important, à cause de la douceur de la couchette qu'il offre au membre, et de la fixité dans laquelle il le maintient sans le fatiguer. Il convient dans cette fracture, quel que soit le moyen de réduction et de contention qu'on emploie, pour rapprocher et tenir les fragments en contact. La première chose à faire, après avoir couché le patient sur le lit où il doit attendre sa guérison, c'est de fixer le coussin bivalve par son bord coxal. On soulève donc le membre en fléchissant à un très haut degré la cuisse sur le bassin ; on glisse sous la cuisse le coussin en tenant de chaque main une valve par son extrémité coxale : il est assez avant lorsque l'extrémité de la valve interne touche presque aux parties génitales, l'extrémité de la valve externe répond alors au trochanter. On attache à cette extrémité un lacs fort, souple, large de trois à quatre travers de doigt : je me sers ordinairement de ces bandes à langer les enfants. On la ramène derrière le dos, puis sur l'épaule opposée au côté de la fracture, et l'on vient la rattacher avec une ou deux grosses épingles à l'extrémité coxale de la valve interne. Ce lien seul m'a toujours paru suffisant. Pour certains malades nerveux qui s'agitent, on pourrait coudre, au même point de la valve externe, une autre bande semblable qui passerait sur la cuisse, puis au devant du bas-ventre, contournerait le bassin par derrière, et, revenant sur la cuisse, irait s'attacher aussi à l'extrémité

coxale de la valve interne. C'est le lacs dont M. Mayor se sert pour attacher sa planchette dans les fractures de la cuisse. La bretelle que je viens de décrire m'a paru préférable dans l'usage que j'ai fait de toutes deux, mais leur emploi simultané me paraît encore supérieur à celui de l'un des deux seulement, surtout lorsqu'il devient indifférent, comme dans l'espèce dont il s'agit, de masquer la partie supérieure de la cuisse.

Cela fait, et la cuisse étant fortement relevée sur le bassin, et la jambe en extension sur elle, il s'agit de réduire. Je rapproche le fragment supérieur en le poussant d'arrière en avant par-dessous la peau, et sans pousser, autant que possible, celle-ci en même-temps. Arrivé au terme, je le fais maintenir par la main d'un aide appuyant sur une large compresse graduée. On agit de la même manière sur le fragment inférieur en le portant d'arrière en avant ; on confie à un autre aide le point d'appui portant sur une seconde compresse graduée. La coaptation étant reconnue opérée, un troisième temps consiste, avec une bande roulée à deux chefs, à former des tours alternatifs sur la compresse supérieure et sur l'inférieure en croisant les chefs sous le jarret. Deux ou trois de ces tours suffisent quand on a l'intention de dextriner. Dans ce cas, on prend une bande fine de coton sans apprêt, on la roule également à deux chefs, après l'avoir dextrinée dans une solution aussi liquide que possible ; on répète avec elles les mêmes circulaires qu'avec la première bande qui n'était pas enduite : on les peut même faire plus nombreuses, il faut seulement avoir l'attention que les circulaires de la bande dextrinée ne dépassent pas celles de l'autre. Par là on empêche leur bord d'être en contact immédiat avec la peau, qu'il coupe douloureusement quand il s'est roidi par la dessication. C'est là un inconvénient de la dextrine de ne pouvoir être mise en contact que médiatement avec la peau ; elle n'en est pas moins un fort bon auxiliaire. Elle consolide l'appareil sous-jacent et le préserve du relâchement qui est inhérent à sa nature. Il ne reste plus ensuite qu'à étendre tout de son long le membre ainsi appareillé dans la rainure du coussin. On place ensuite un premier lacs au-dessus du genou, un second au-dessous, et le troisième (celui-ci sans le serrer beaucoup) au niveau des malléoles. Il est toujours bon de placer un arceau pour garantir le pied du poids des couvertures.

Obs. VIII. — Un wagonnier de 21 ans fait une chûte. La rotule porte sur un corps dur et se fracture transversalement. Il se fait transporter chez un rebouteur jouissant d'une grande réputation, et j'ajouterai, pour être juste, assez bien méritée. Ne

pouvant rester quelques jours auprès de son médecin, qui le réclamait à bon droit, et ce dernier s'étant trouvé dans l'impossibilité de visiter le blessé chez lui, je suis appelé au 6e jour. Je trouvai ce jeune homme étendu sur son lit, sans aucun appareil propre à fixer le membre en totalité. Il maintenait sa position, même pendant son sommeil, par le fait seul de la grande attention qu'il y apportait; mais il était évident que le moindre oubli, le moindre mouvement involontaire pouvait, d'un instant à l'autre, changer son état. Un emplâtre agglutinatif était appliqué sur la noix du genou. Les fragments étaient assez bien rapprochés puisque leur écartement n'était que de 1 1/2 à 2 centimètres. Ils étaient maintenus dans cet état de rapprochement par deux cravates, dont les parties moyennes se croisaient en diagonale sous le jarret, et les quatre extrémités se rencontraient aussi en diagonale, et se serraient au côté de la rotule après avoir passé sur elle. J'ôtai ce bandage mobile ainsi que l'emplâtre agglutinatif; j'achevai d'affronter les fragments, que je soutins par deux compresses, les poussant l'un vers l'autre. J'assujettis le tout par quelques tours de bandes croisées, comme je viens de le dire ; je les fixai par quelques doloires de même espèce d'une bande dextrinée ; je plaçai ensuite le membre dans un coussin bivalve de cuisse, fixé au tronc par sa bretelle. Un arceau fut placé sur le pied, et le blessé put dormir dès lors sans inquiétude. 22 jours après, j'enlevai le bandage ; j'y substituai une longue bande croisée, et il marcha avec des béquilles. Les soirs, il replaçait sa jambe dans le coussin, sans aucun lien. Au bout de 6 semaines, il avait repris son service. Il n'existe pas chez lui la moindre difformité.

§ 6. *Application du coussin bivalve aux fractures de la cuisse.* — Le coussin se place de la même manière que pour les fractures de la rotule. Avant de le fixer au bassin, il faut, autant qu'on peut, s'assurer si l'on n'aura pas besoin de l'extension continue, qui est si souvent nécessaire dans les fractures de la cuisse au moins pendant les premiers instants de l'organisation du cal. Dans le cas de l'affirmative, et même dans le doute, on fera bien de préparer le lacs de contre-extension. Je dispose, à cet effet, une traînée d'étoupe ou de coton cardé en nappe, ou mieux encore un rouleau d'ouate de la longueur de 15 à 20 centimètres ; je l'enferme dans un cylindre de linge ou de peau souple, de manière, comme dit Boyer, à figurer quelque chose d'analogue à la ceinture matelassée d'un brayer. On place la couture à l'opposé du côté qui doit s'appliquer à la peau ; les deux extrémités se terminent par de forts rubans de fil. L'un porte à son extrémité

une boucle de sellier solide ; l'autre passe à travers la couronne d'un piton fixé à la dossière supérieure du lit dans l'axe du membre fracturé, et se termine par un morceau de courroie destiné à être retenu par l'ardillon dans la boucle de sellerie : celui-ci passe sous la fesse, l'autre sur le ventre et la poitrine, pendant que la portion matelassée est appliquée sur l'ischion, qu'elle embrasse. Après avoir fortement tendu ce lacs, à l'aide de la courroie qui s'engage dans la boucle, on fait tirer sur le pied par un aide, qui soulève en même temps le membre. On glisse le coussin bivalve par-dessous ; on le fixe, comme il est dit ci-devant, avec la bretelle. Le chirurgien gouverne alors la traction et s'occupe de coapter les fragments.

C'est ensuite de cette opération qu'il doit juger, d'après la région qu'occupe la solution de continuité, d'après son obliquité, d'après la tendance des fragments à s'écarter dans un sens ou dans l'autre, s'il aura besoin d'un appareil plus contentif, ou s'il lui suffira de poser le membre dans le coussin bivalve avec une extension modérée. Dans ce cas, et même dans tous éventuellement, on ne court aucun risque de placer la chevillière mollement lacée. Cette pièce ne cause d'incommodité que par sa constriction, ou, ce qui est la même chose, par la pesanteur du poids qui tire l'étrier.

Je suppose le cas où le chirurgien trouvera convenable non-seulement d'exercer une traction continue, mais encore d'exercer une compression circulaire sur la circonférence de la cuisse. Cela ne manquera jamais, par exemple, d'être à propos dans une fracture oblique du tiers supérieur du fémur.

Dans les méthodes anciennes, on aurait commencé par faire des doloires depuis la naissance des orteils, avec une bande roulée jusqu'au-dessus du genou : car on ne peut pas exercer une compression un peu forte à la cuisse sans l'exercer sur la jambe ; on interromprait la circulation veineuse superficielle. Mais ces doloires avaient l'inconvénient de ne serrer que pour un jour ou deux, puis de se relâcher, et de glisser les uns sur les autres. C'est un résultat nécessaire de l'extensibilité des tissus de toile et de leur défaut d'adhérence entre eux. De plus, on était obligé, pour les reposer, de soulever la jambe, ce qui ne pouvait pas toujours se faire sans communiquer quelque ébranlement au fragment inférieur de la cuisse par l'intermédiaire du genou. On peut remédier à cet inconvénient en exerçant cette compression avec des bandelettes amidonnées à la manière de M. Seutin, ou dextrinées à sec, comme je vais l'indiquer plus bas. La rangée des bandelettes qui touche immédiatement la peau est de toile

simple sans aucun enduit ; celle qui la recouvre est amidonnée ou dextrinée. Ce serait déjà un emprunt pour lequel on aurait une notable obligation à l'invention de ce chirurgien, quand même on laisserait de côté le surplus de sa méthode. Je préfère l'usage des bandelettes amidonnées ou dextrinées à celui de la bande imprégnée de l'une ou de l'autre de ces substances agglutinatives, par la raison même que je viens de dire que la réapplication des bandelettes peut se faire sans imprimer de mouvement, ce qui n'a pas lieu avec les doloires d'une bande roulée.

Après cette compression sur la jambe, on aurait, dans l'ancienne méthode, appliqué sur la cuisse cassée les chefs de Scultet, puis trois coussinets et autant d'attelles. Mais d'abord les chefs de Scultet sont le bandage le moins propre à la cuisse, à cause de la forme de celle-ci qui va en s'effilant vers le genou. Les bandelettes glissent les unes sur les autres en s'abaissant. De plus, les coussinets de balle, en pressant latéralement, font bâiller ces bandelettes. On en peut voir le résultat sur un membre appareillé dans le coussin bivalve de la jambe, si l'on met un troisième lacs entre celui de la cheville et celui du jarret. Les bandelettes forment des plis ou *hiatus* à la partie supérieure, à pouvoir faire pénétrer le doigt entre elles et le membre, ainsi qu'entre les unes et les autres. Je reconnus cet effet les premières fois que je me servis du coussin, et je supprimai le troisième lacs, que j'avais placé par une habitude conservée de l'appareil cannelé. Aussi qu'arrivait-il avec cette méthode ? Le précepte en est donné dans les ouvrages de chirurgie, et il était suivi de mon temps dans les hôpitaux de Paris. On déliait et réappliquait les appareils à fracture tous les deux ou trois jours.

Ici encore, et à plus forte raison, je puise dans la méthode de M. Seutin cette ressource précieuse d'un bandage qui ne se relâche point et que l'on défait aussi facilement, à peu de chose près, que l'ancien.

J'ignore si je suis le premier, mais c'est un fait que j'ai constaté, qu'on peut tirer, des bandelettes dextrinées sèches ou préalablement séchées, un aussi bon parti que de celles qu'on vient de tremper immédiatement. Je taille donc et j'assemble une série de neuf bandelettes dextrinées et séchées, disposées et imbriquées dans l'ordre où l'on doit les employer. Je superpose une seconde série semblable à la première ; par-dessus celles-ci, je place deux autres séries de bandelettes non dextrinées. Pour les manier plus facilement, et sans les embrouiller, on peut les faufiler transversalement et toutes ensemble par le milieu de leur longueur. On pose ces quatre séries de bandelettes sous la cuisse

fracturée et sur la partie correspondante du coussin, la faufilure médiane et transversale correspondant à l'écartement des valves; on replie l'une sur l'autre, à la manière accoutumée, les deux séries de bandelettes non dextrinées; entre elles, on place autant d'attelles de bois mince qu'on juge nécessaire : le tout est consolidé ensuite par les bandelettes dextrinées qu'on replie par-dessus les deux premières rangées. Il est bien entendu qu'on les a préalablement, et au moment de les plier, ramenées à l'état de bandelettes fraîches en instillant dessus de l'eau-de-vie faible en quantité suffisante pour les humecter. Elles ne collent pas moins que si elles venaient d'être trempées dans la solution.

Pour les déplier, il ne s'agit encore que de les mouiller de la même manière. L'on a ainsi un appareil solidifiable qui ne se défait ni ne se relâche, et que l'on peut remanier comme celui de Scultet et sans beaucoup plus de difficulté. La dextrine a tant d'affinité pour l'alcool aqueux, que ce liquide ne coule pas sur les bandes, comme on pourrait le croire; elles l'absorbent, et s'en imbibent sur-le-champ au contact même de l'aspersion.

Les choses étant ainsi disposées, et le membre étant étendu dans le coussin bivalve, l'on place trois liens : l'un au-dessus du genou; l'autre au-dessous, et le troisième au niveau des maléolles; puis on s'occupe de l'extension, qu'on peut, suivant les cas, porter à tous les degrés.

Si l'on a besoin de l'avoir énergique, le point d'appui se prend sur l'ischion par le lacs de la contre-extension et par un poids que l'on suspend au lacs de prolongement de l'étrier. Si le lit a une dossière au pied, on fait passer ce lacs par un trou que l'on y perce avec une vrille ou une mèche; si le lit est à la duchesse, le lacs passe sur le bord de la traverse inférieure. A mesure que l'on voit que le membre, et par conséquent le corps, descend vers la dossière inférieure du lit, on resserre la courroie du lacs de la contre-extension. Au besoin, on fait remonter le blessé vers la têtière du lit par deux aides qui le saisissent par-dessous les aisselles, pendant qu'on soulève le coussin et le membre fracturé pour lui faire suivre le mouvement d'ascension.

N'a-t-ton besoin que d'une traction modérée, on peut se passer des services du lacs de la contre-extension. Je me contente alors de placer, sous le premier matelas, une couverture en quatre doubles qui passe en travers au niveau du pli qui sépare la fesse de la naissance de la cuisse. Cet obstacle, légèrement saillant, constitue un point d'arrêt, en arrière duquel le bassin descend par son poids sans pouvoir le chasser au devant de lui, parce

qu'il n'agit à son encontre qu'à travers l'épaisseur du matelas (on se rappelle que le lit n'est pas durci).

Il est à propos d'établir ces divers systèmes de traction de suite et avant que la dessication des bandelettes n'ait eu lieu, car celles-ci reçoivent par cette dessication un degré de constriction de plus qu'à l'état frais.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

12. *Triple abcès par congestion, occupant les fosses iliaques droite et gauche, ainsi que le petit bassin*; par M. Bonnafont, chirurgien-major à l'hôpital du Gros-Caillou, membre correspondant de l'Académie de médecine, etc.

(Revue médicale, octobre 1851.)

Depuis que M. le professeur Velpeau a enrichi la thérapeutique chirurgicale des injections iodées contre les hydrocèles, le domaine de cet agent s'est considérablement agrandi, puisqu'il est employé maintenant, et avec succès contre les collections purulentes rebelles aux autres médications. Dans ces derniers temps, MM. les docteurs Boinet et Abeille les ont surtout proposées pour guérir les abcès par congestion, et les faits que nos honorables confrères ont présentés à la société de chirurgie, ainsi qu'à l'Académie de Médecine, prouvent l'efficacité de cette médication. Les deux observations que nous venons soumettre au jugement de l'Académie, bien qu'elles ne justifient pas entièrement les prévisions de M. Boinet, ajoutent pourtant deux nouvelles preuves en faveur des injections iodées dans les cavités purulentes.

Le nommé Chrétien, sapeur au 2me régiment du génie, est entré à l'hôpital d'Arras, le 20 janvier 1850, avec une tumeur assez considérable, dure et résistante, dans la région iliaque droite. Cette tumeur, qui avait commencé depuis environ deux mois, serait survenue, au dire du malade, à la suite d'un effort qu'il avait fait en soulevant un sac à terre, pesant plus de 100 kilogrammes, et qui avait provoqué une douleur vive accompagnée d'un craquement dans la région lombaire. Deux mois après, cette douleur, qui du reste n'avait reparu, Chrétien ressentit un embarras dans les mouvements de la cuisse droite, suivi bientôt d'un engorgement du bas-ventre.

L'état général était parfait : une constitution forte et robuste témoignait que Chrétien n'avait été que peu ou point malade. A

son entrée à l'hôpital, la tumeur occupait toute la fosse iliaque droite, s'était formée sans douleur et ne présentait aucune sensibilité à la pression. Aucune gêne n'existait dans le bas-ventre, autre que celle occasionnée par le poids de la tumeur, qui ne se manifestait ni sur les digestions, ni sur les sécrétions des urines qui étaient parfaitement libres. La douleur lombaire non seulement n'avait pas reparu; mais la pulpe des doigts, prononcée fortement sur toute cette région, n'en provoquait aucune, pas plus que la déambulation.

Tout semblait donc faire croire à une tumeur phlegmoneuse ou enkystée de la fosse iliaque, si bien décrite par Dupuytren, ou mieux encore peut-être un psoïtis dont M. Kyll de Vesell a donné une si exacte description. La tumeur qui se prolongeait jusqu'aux attaches inférieures des muscles psoas et iliaque, donnait quelques titres à cette dernière opinion qui était partagée par deux confrères auxquels nous fîmes voir le malade. Quant à nous, nous crûmes avoir affaire à un abcès froid idiopathique de cette région. L'absence de toute douleur dans la région lombaire, même à une pression très forte faite dans la direction des vertèbres lombaires, ne pouvait faire supposer que la cause remontât jusqu'à cette région.

Quelle que fût la nature de la tumeur, le traitement était à peu près le même, et consistait dans l'emploi de moyens propres à en opérer la résolution qui, d'ailleurs, offrait peu de chances. C'est toujours dans ce but que deux applications de sangsues furent faites sur la tumeur ; des bains, des vésicatoires, successivement appliqués, et enfin des frictions mercurielles pendant plus d'un mois. Mais tous ces moyens ne changèrent rien dans la marche de la tumeur qui s'étendait insensiblement en devenant légèrement fluctuante au centre. Enfin, au bout de 3 mois, elle occupait tout l'espace compris entre une ligne qui, partant du pubis, passerait par l'ombilic, le flanc droit, et descendrait jusqu'à l'arcade crurale et le petit trochanter.

Le malade, d'ailleurs, est bien, a bon appétit, digère facilement, et n'éprouve aucune douleur autre qu'un léger engourdissement de la cuisse du même côté. La fluctuation devenue manifeste sur tous les points, il est évident que cette tumeur s'est transformée en un abcès purulent qui réclamait le secours de l'art. Mais avant de me décider à l'ouvrir, et, quoique aucun obstacle ne gênât l'acte de la défécation, je sondai, avec l'indicateur, le rectum, afin de m'assurer s'il y avait quelques chances de voir l'abcès s'ouvrir de ce côté, circonstance beaucoup plus heureuse que son évacuation par l'extérieur de l'abdomen. J'eus

beau presser le rectum en haut et à droite, je ne sentis absolument rien. Il n'y avait donc aucun espoir que la tumeur s'abcédât dans l'intestin, tandis qu'il y avait à craindre que les parois moins consistantes, du côté de l'abdomen, ne s'ouvrissent de ce côté. Il fallait donc prévenir cette issue fort grave en pratiquant une ouverture à l'extérieur. Ce moyen nous fut aussi conseillé par notre illustre et respectable maître, M. Bégin, dans un voyage que nous fîmes à Paris.

Mais fallait-il avoir recours simplement au bistouri, ou employer le caustique de Vienne? Comme la tumeur était en dehors de la cavité péritonéale, nous donnâmes la préférence à l'instrument. Une ponction fut donc pratiquée sur le côté externe de la région iliaque dans la partie la plus déclive possible, et, afin de faciliter l'évacuation du pus et d'empêcher son infiltration entre les diverses couches musculaires, nous inclinâmes le bistouri de bas en haut en ayant soin de donner à l'ouverture extérieure plus d'étendue qu'à celle de l'abcès. Un litre et demi de liquide séro-purulent s'échappa avec force par cette ouverture et produisit une vacuité complète de l'abcès. Une mèche fut introduite dans la plaie pour s'opposer à sa réunion, et un large cataplasme, appliqué sur l'abdomen, afin de prévenir les accidents inflammatoires, lesquels, pendant les quinze premiers jours qui suivirent l'opération, furent à peu près nuls. Le pus sortait en si grande quantité, à chaque pansement, qu'il fallait le répéter deux fois et même trois fois par jour. Au bout de ce temps, (6 mai), la suppuration diminua sensiblement, le bas-ventre devint douloureux, se tuméfia légèrement et occasionna un mouvement fébrile assez fort.

Fomentations émollientes, diète complète : le lendemain, bas-ventre tendu, sensible à la pression et légèrement météorisé.

15 sangsues, fomentations émollientes, lavement laxatif, boissons tièdes et calmantes.

Le 8 mai, bas-ventre moins douloureux et moins tendu, pouls moins fréquent. Deux selles provoquées par le lavement. Continuation des mêmes moyens.

Le 9 mai, même état que la veille. Frictions mercureilles sur tout l'abdomen. La suppuration devient un peu plus abondante et de meilleure nature.

Le malade est mis dans un bain ; le bas-ventre est à peine ballonné ; au pansement du soir, la suppuration sort avec abondance par la plaie ; le malade se sent beaucoup mieux, et demande des aliments.

Le 11 mai, l'affaissement du bas-ventre, ainsi que l'amaigrissement du malade, qui commence à devenir sensible, permettant d'exercer une pression un peu plus forte sur les parois du bas-ventre sans occasionner de douleur, nous profitâmes de cette heureuse circonstance pour appliquer un appareil compressif dans l'intention de provoquer l'évacuation aussi complète que possible de l'abcès, et en mettant en contact ses parois, d'y préparer et d'y favoriser des adhérences. Cette compression, légère d'abord et bien supportée, est rendue insensiblement plus forte. Mais comme les tours de bande qu'il fallait employer pour maintenir l'appareil compressif, gênaient beaucoup le malade ; je les remplaçai par un système de petit coussinets de linge piqué, gradué, que je maintins au moyen d'un bandage herniaire qui remplit merveilleusement l'indication. Afin de faciliter l'évacuation des matières, et leur permettre de sortir par une ouverture nécessairement plus élevée que le fond du foyer, j'y introduisis une des sondes en argent que j'emploie pour le cathétérisme de la trompe d'Eustache, et que je courbai en forme de siphon. Des anses de fil passées dans les anneaux de la sonde, et fixées, au moyen d'épingles, sur l'appareil compressif, suffirent pour la maintenir en place. Cette sonde procura une évacuation plus facile et plus complète du pus dont l'écoulement continu fut empêché, à l'aide d'un petit bouchon que nous adaptâmes à la douille de la sonde et que le malade ou un infirmier retirait quatre fois par jour, pour vider l'abcès.

Le 20 mai. — Bientôt la présence de la sonde en argent détermina des douleurs si vives, que le malade ne put la supporter. Nous la remplaçâmes par une sonde en gomme élastique, que nous fûmes obligés d'enlever également le lendemain (23 mai). Le bas ventre est très douloureux, ce qui nous oblige à enlever tout l'appareil compressif, et à employer de nouveau des frictions mercurielles, des bains et des cataplasmes émollients (25 mai). — Le malade a eu un peu de fièvre et quelques sueurs pendant la nuit ; ses forces, jusque là assez bonnes, commencent à l'abandonner ; l'amaigrissement fait aussi des progrès rapides ; la suppuration, quoique moins abondante, prend un caractère sanieux et d'une fétidité extrême. Aussitôt que les accidents inflammatoires furent calmés (28 mai), j'introduisis la sonde en argent dans la plaie, et j'injectai dans l'abcès un verre ordinaire d'une décoction émolliente que j'y laissai deux ou trois minutes, et je donnai, à l'intérieur, une potion tonique avec trois décigrammes de quinine.

Cette médication, qui fut renouvelée tous les matins, eut

pour résultat de faire cesser, au bout de 5 jours, la fétidité du pus et de la ramener à son état plus normal.

Mais la quantité ne diminuant pas, et l'amaigrissement faisant de grands progrès ; je me décidai à employer les injections iodées selon la formule de M. Velpeau ; 15 décigrammes par 30 grammes d'eau distillée. La première fois (14 juin) nous en injectâmes 150 grammes que nous laissâmes séjourner deux minutes ; le lendemain 200 grammes au moins, et, aucun accident n'étant survenu, nous continuâmes pendant 15 jours, en portant insensiblement la dose de la teinture d'iode jusqu'à un gramme par 30 grammes d'eau.

Le 20 juin. A cette époque, le malade accusa une douleur vive à la fosse iliaque, du côté opposé qui ne pouvait supporter la plus légère pression. Du reste, nul gonflement, ni rougeur, n'existaient à la peau de cette région sur laquelle nous fîmes appliquer 12 sangsues et des cataplasmes émollients. Trois jours après, cette douleur était moins intense, mais s'étendait dans la région lombaire au niveau de la deuxième vertèbre, où elle prit de suite un caractère si aigu, qu'elle empêchait Chrétien de rester sur le dos. Quatre ventouses scarifiées y furent appliquées, ainsi qu'un emplâtre de ciguë, et des frictions opiacées sur le ventre. Tous les soirs et dans le courant de la journée, il y avait des frissons, de la chaleur et des sueurs très abondantes. L'amaigrissement faisait d'ailleurs des progrès effrayants ; en présence de ces symptômes nous dûmes suspendre les injections iodées.

Potion avec trois décigrammes de sulfate de quinine tous les matins ; 125 grammes de vin de quinine dans la journée ; deux potages gras. 28 juin. La suppuration a considérablement diminué ; sa nature et son inodoréité auraient fait croire à une guérison, n'était la douleur constante de la région lombaire s'étendant peu à peu jusqu'au sacrum, et sur laquelle je fis appliquer deux moxas.

Cet état continue 15 jours environ pendant lesquels le malade, moins épuisé par les sueurs, a repris quelques forces morales. Le pus qui sortait naturellement de la plaie, ou au moyen d'une sonde, égalait à peine deux cuillerées ordinaires ; mais la douleur lombaire était si forte, qu'elle arrachait des cris au malade.

L'application de deux nouveaux moxas le calmèrent légèrement.

Quatre jours après, la suppuration reprit un caractère fétide et sanieux. Nouvelles injections iodées pendant cinq jours, qui eurent pour résultat de ramener le pus à un caractère plus nor-

mal et moins fétide. La douleur des lombes s'étend jusqu'au petit bassin, et le malade n'a pu uriner de la nuit ; la vessie très distendue le matin, exige le cathétérisme. Chrétien est pris de violents frissons suivis de chaleurs et d'une sueur visqueuse très abondante. L'appétit, qui jusque là s'était assez bien soutenu, devient nul. L'état général s'affaisse et entraîne insensiblement le découragement du malade. La vessie exige impérieusement l'emploi de la sonde, tandis que les déjections alvines sortent parfois involontairement. Dès ce moment le malade perd confiance, marche rapidement à la consomption, à laquelle il succomba le 6 août

Autopsie. — Après avoir introduit une sonde canelée dans la plaie, afin de ménager tous les rapports, nous incisâmes circulairement les téguments du bas ventre, que nous relevâmes du côté de la fosse iliaque droite ; nous pûmes ainsi voir toute l'étendue de l'abcès de cette région, dont la poche occupait le tiers de la cavité abdominale. Sa surface était lisse, polie et tapissée d'une membrane pyogénique qui avait abrité tous les organes adjacents. En bas, cette cavité s'étendait par un conduit étroit qui passait sous l'arcade crurale, et en suivant la direction des muscles psoas et iliaque jusqu'aux attaches de ces muscles au petit trochanter. Supérieurement on apercevait, au niveau de l'articulation sacro-lombaire, un trajet fistuleux du diamètre d'un tuyau de plume, par lequel s'écoulait du pus. Une sonde introduite dans ce trajet, remonta, dans la direction du psoas, jusqu'au niveau de la 2e vertèbre lombaire, où il fut facile de constater sa carie. Une longue incision pratiquée dans toute l'étendue de ce conduit fistuleux nous fit voir, en effet, la partie antérieure de cette vertèbre entièrement dénudée et cariée, ainsi que la partie supérieure de la 3e ; le fibro-cartilage qui les séparait, également détruit permettait à une sonde de passer librement du côté opposé.

N'oublions pas de dire que l'ouverture extérieure, pratiquée pour aider l'abcès, avait été faite, autant que les parties le permettaient, dans la partie la plus déclive. Cette poche bien examinée, les téguments furent séparés du bas-ventre et relevés sur la poitrine. Le péritoine, mis ainsi à découvert, ne présentait aucune adhérence : seulement, çà et là, quelques traces de phlogose légère ; le tube intestinal, n'offrant rien de particulier à noter, fut enlevé avec le plus grand soin depuis le rectum jusqu'à l'estomac. La cavité abdominale, débarrassée du tube digestif, nous aperçûmes une distension sous-aponévrotique de la fosse-iliaque gauche, s'étendant jusqu'au niveau de la 4e et de

la 3e vertèbre lombaires. Une large incision faite avec le bistouri, donna issue à 200 grammes au moins, de pus, et permit de constater que cet abcès s'étendait de l'arcade crurale jusqu'au niveau de la 2e vertèbre lombaire, laquelle présentait la même altération que du côté opposé. Une chose digne de remarque, c'est que la poche qui renfermait cette collection purulente, au lieu d'offrir, comme celle du côté droit, une membrane lisse et polie qui avait protégé tous les organes adjacents, présentait au contraire, la destruction de toutes les parties avec lesquelles le pus était en contact. C'est ainsi que les muscles iliaque et psoas étaient presque entièrement détruits, depuis leurs attaches supérieurs jusqu'à l'arcade crurale, et que la fosse iliaque même était dénudée sur quelques points. Portant notre exploration dans le petit bassin, afin de nous rendre compte de la paralysie dont la vessie et le rectum avaient été frappés, nous découvrîmes une vaste collection purulente sur toute la concavité du sacrum. Ce 3e abcès, qui contenait un verre ordinaire de pus, n'avait aucune communication avec la cavité du bassin, ni avec aucun des abcès de la fosse iliaque droite ni de la gauche. Toute la surface du sacrum sur laquelle il reposait, était dénudée, et présentait partout, jusque dans l'intérieur des trous sacrés antérieurs, un commencement de carie. Les plexus nerveux, formés par les branches nombreuses qui s'anastomosent dans cette région, étaient en grande partie détruits, et nageaient au milieu du liquide purulent. Une sonde introduite, en haut par un trajet suppurant, s'arrête contre le corps de la surface inférieure de le 3e vertèbre lombaire, qui présentait une carie déjà fort avancée.

Ce trajet n'avait aucune communication avec celui qui avait servi à la suppuration de l'abcès de la fosse iliaque gauche, quoiqu'ils ne fussent séparés que par une cloison assez mince. Le muscle psoas était détruit presqu'en totalité dans sa moitié supérieure où il ne restait que les plans aponévrotiques qui isolaient ses faisceaux, ainsi que les portions tendineuses qui s'attachaient aux vertèbres.

Tel est l'ensemble des lésions que nous avons constatées, et qui nous semblent constituer un cas pathologique dont l'importance ressortira des réflexions suivantes.

Réflexions. Cette observation nous paraît digne d'intérêt : 1° au point de vue de la cause ; 2° des lésions observées ; 3° de l'action des injections iodées.

1° Sous le rapport de la cause ; il eût été difficile, au début de l'abcès de la fosse iliaque, de la trouver ailleurs que dans le tissu

cellulaire de cette région, et que Dupuytren a signalé comme étant le siège fréquent de ces collections purulentes.

Aucune douleur éprouvée par le malade, ni réveillée par un attouchement minutieux sur toute la colonne vertébrale, ne pouvait faire soupçonner un abcès par congestion.

Ce ne fut que bien après son ouverture que la douleur de la fosse iliaque opposée, et celle plus violente de la région sacro-lombaire, que le doute ne fut plus permis, et que nous jugeâmes la maladie au-dessus des ressources de l'art.

L'absence de toute douleur dans les premiers temps peut être attribuée à ce que la carie ayant débuté dans la partie antérieure du corps de la 2e vertèbre lombaire, a contribué lentement à la formation de l'abcès de la fosse iliaque droite, et ce ne fut que lorsque la carie eut atteint la partie postéro-latérale des 2e et 3e vertèbres, englobant ainsi les diverses branches nerveuses de cette région, que la douleur signalée a coïncidé avec la formation de l'abcès de la fosse iliaque gauche, et plus tard de celui du bassin.

2° Sous le rapport des lésions observées, aucun des auteurs que nous avons pu consulter ne fait mention de trois collections purulentes pareilles à celles qui font le sujet de cette observation. Toujours nous avons vu le pus de nouvelle formation suivre le premier trajet et aboutir au même point de la collection. Ici, au contraire, la carie des mêmes vertèbres a donné lieu à trois fusées purulentes bien distinctes, l'une, la première, à droite, allant former l'abcès de la fosse iliaque du même côté ; la 2e, à gauche, suivant la même direction du côté opposé et s'arrêtant à la fosse iliaque ; enfin la 3e, prenant son origine à un centimètre de la précédente, se frayer à travers le muscle psoas, un trajet distinct, longeant la courbure de la symphyse sacro-iliaque, ainsi que celle du sacrum, qu'elle finit par dénuder en formant une troisième collection purulente complétement isolée des deux autres, et n'ayant de communication ni avec la cavité péritonéale, ni avec le rectum, dont elle n'est séparée que par une cloison très mince mais assez résistante.

Le péritoine ni les autres organes de l'abdomen ne présentaient, même au voisinage de ces abcès, aucune trace d'altération importante. Quant à la surface intérieure des trois abcès, elle offrait ceci de remarquable, c'est que le passage et le séjour du pus dans la fosse iliaque gauche et dans le petit bassin, avaient entièrement détruit les muscles psoas et iliaque, tandis que du côté droit, où cependant le contact s'était opéré bien plus longtemps, ces muscles ne présentaient qu'une altération fort légère,

abrités qu'ils étaient par une membrane lisse et polie qui tapissait la cavité purulente dans toute son étendue. Cette différence ne doit-elle pas tenir au soin que nous avons mis d'évacuer, autant et le plus souvent possible, ce dernier abcès, et surtout à l'action de la teinture d'iode sur sa surface interne ?

Cette supposition ne saurait, selon nous, être mise en doute. Nous pensons même que, d'après les phases diverses qu'ont présentées la nature et l'abondance du pus sous l'influence des injections iodées, et de la compression méthodique que nous avons exercée sur la surface extérieure de l'abdomen, nous aurions obtenu sa guérison, si la cause eût été locale et n'eût pas eu son siège dans une désorganisation des tissus osseux.

Bien que cette observation vienne à l'appui de l'opinion de M. Boinet, relativement à l'efficacité des injections iodées dans les abcès par congestion, nous ne pouvons admettre, avec notre honorable confrère, la possibilité, comme il le prétend, de faire arriver le liquide injecté jusqu'à la source du mal, c'est-à-dire jusqu'à l'os carié, quel que soit son éloignement de l'abcès. Je me demande comment, dans le fait que nous rapportons, il eût été possible de faire remonter l'injection jusqu'aux 2e et 3e vertèbres lombaires, distantes de dix à douze centimètres de l'abcès, avec lequel les parties cariées ne communiquent que par le moyen d'un trajet fistuleux très étroit. Passe encore si l'os carié était situé sur un plan plus déclive que l'abcès. Mais c'est là une condition qui n'arrive jamais dans les collections purulentes de ce genre, puisque le peu qui s'en échappe tend toujours à descendre. Il nous semble que, dans des cas pareils, pour que le liquide artificiel pût remonter au dessus du niveau de l'abcès, il faudrait non seulement que la cavité purulente fût remplie jusqu'à résistance de ses parois, mais encore pousser le liquide avec assez de force pour lui faire remonter le trajet fistuleux malgré tous les obstacles qu'il peut rencontrer. Je ne sais si cette manœuvre pourrait être faite et renouvelée sans aucune crainte, comme semblerait le faire craindre la distension forcée de l'abcès par un liquide dont le contact prolongé n'est pas toujours à l'abri de quelques accidents. M. Boinet, auquel nous avons adressé cette objection, nous a répondu qu'il parait à tous ces inconvénients, en donnant au malade une position telle que le point carié devient plus déclive que l'abcès. Alors, ajoute notre honorable confrère, l'injection iodée coule toute seule par le fait de cette inclinaison jusqu'à la carie en suivant toutes les sinuosités fistuleuses.

Les choses se passeraient en effet ainsi si l'on opérait sur un

corps inerte. Mais, dans un abcès par congestion; ou la cavité purulente n'est jamais complétement vide, si on donne aux parties une inclinaison inverse de celle qui existait, il arrivera que le pus de l'abcès, obéissant aux lois de la pesanteur, s'engagera dans le trajet par où il était descendu, et selon son abondance, ira remplir tous les vides qui pourront exister dans le tissu osseux. Dans cet état de choses, comment supposer qu'un liquide quelconque dont la force d'impulsion est, dans la plupart des cas, très indirect par rapport à la direction des trajets fistuleux, puisse, par son propre poids seulement, déplacer le pus qui engoue toutes les parties étroites et profondes de manière à se mettre à son lieu et place ? Si M. Boinet est parvenu à pousser les injections iodées jusque sur le point carié, avec quelque succès, cela n'a pu arriver que dans le cas où l'abcès était voisin de la carie, ou bien lorsque éloigné, son ouverture extérieure se trouvait en ligne droite ou presque droite par rapport au trajet fistuleux. En résumé, cette observation, bien que l'issue ait été malheureuse, produit un fait de plus en faveur des injections iodées dans les abcès par congestion et autres dans la fosse iliaque.

---

13. *Tumeur ou kyste volumineux de la cavité abdominale abcédée.— Injections iodées, — guérison* ; par le docteur Bonnafont, chirurgien-major à l'hôpital du Gros-Caillou, membre correspondant de l'Académie de médecine, etc.

(Revue médicale, octobre 1851.)

Le nommé Pichelon, sapeur au 2e régiment du génie, ressentait depuis longtemps une douleur sourde et profonde dans la cavité abdominale vers la région ombilicale. Peu de temps après l'apparition de cette douleur, le malade, en se pressant le ventre comme pour la faire cesser, sentit comme une boule très dure, profonde, située à 6 centimètres environ au-dessous de l'ombilic. Bientôt les douleurs cessèrent à un tel point que le malade ne s'en préoccupa pas davantage. Six mois s'écoulèrent dans cet état de quiétude.

Mais alors le bas-ventre paraissant gonflé, et la respiration étant gênée au point d'empêcher cet homme de supporter les fatigues de la marche et de son service, force lui fut de demander son entrée à l'hôpital d'Arras, où il entra le 15 février 1850. Au premier examen, il nous fut aisé de reconnaître une tumeur dure, à parois comme squirrheuses, occupant la région de l'ombilic, et ayant de 10 à 12 centimètres en tous sens, nulle-

ment douloureuse, même à la pression, et ne présentant aucun point de fluctuation sensible. Elle était complétement immobile, et sa partie la plus antérieure se trouvait encore à 4 ou 5 centimètres au moins de la surface extérieure de la peau.

Le malade avait bon appétit, digérait bien et facilement ; en somme, aucun trouble apparent n'existait dans les fonctions organiques.

Malgré le peu d'espoir d'obtenir la résolution de cette tumeur, c'est pourtant vers ce but que nous dirigeâmes la première médication. Mais ce fut inutilement que pendant 2 mois et demi, nous mîmes en usage des sangsues, cataplasmes, frictions mercurielles, emplâtres fondants, etc., etc. Tout devint inutile, et la tumeur a constamment marché, quoique lentement, à son développement. C'est ainsi que, tous les 5 ou 6 jours , on sentait le bas-ventre plus distendu, et la tumeur se rapprocher insensiblement des téguments. Enfin, 32 jours après, la tumeur avait franchi toute l'épaisseur des muscles, et n'était séparée que par la couche des téguments. Bientôt une légère rougeur se manifesta à l'extérieur, à un pouce au-dessous de l'ombilic. Je crus alors que la tumeur allait peu à peu faire saillie et finir par s'abcéder spontanément, ou tout au moins me permettre d'y faire une ouverture avec l'instrument. Mon espérance fut déjouée, car la rougeur disparut, et la tumeur parut s'éloigner de la surface de la peau d'un centimètre et demi au moins.

Bien que ses parois fussent toujours dures au toucher, je remarquai pourtant, en pressant fortement avec la pulpe de l'indicateur, un point légèrement fluctuant, mais tellement limité, qu'il ressemblait à l'effet que produirait la fluctuation à travers les téguments de la tête, sur une trépanation du crâne ayant un centimètre et demi de diamètre.

Le malade, qui jusque là n'avait presque pas souffert, commençait à être fatigué de son séjour à l'hôpital, et à éprouver des douleurs profondes dans le bas-ventre. Du reste, ces douleurs paraissaient résulter bien plutôt de la pression exercée par la tumeur sur les organes voisins que des phénomènes qui s'accomplissaient dans l'abcès, lequel n'avait jamais occasionné de mouvement fébrile.

Mais le découragement du malade, qui avait suivi avec anxiété toutes les phases de l'abcès de la fosse iliaque du malheureux Chrétien, son camarade, m'engagea à ne plus différer de donner issue à cette vaste collection dont le kyste s'étendait latéralement, ne faisait plus aucun progrès du côté des téguments ; seulement l'ouverture, par laquelle la fluctuation ne permettait

aucun doute, s'était légèrement agrandie en conservant toutefois la même distance (d'un pouce environ), de la surface extérieure de la peau, laquelle était flasque et permettait au doigt d'arriver facilement jusqu'à la tumeur.

Deux moyens se présentaient pour provoquer l'évacuation de ce vaste kyste ; le bistouri et le caustique. L'éloignement de la tumeur pouvant faire craindre son isolement de la cavité péritonéale, et par suite l'épanchement purulent dans cette cavité, nous nous décidâmes à appliquer, en face du point fluctuant, le caustique de Vienne, de manière à provoquer une ouverture cutanée, large comme une pièce d'un franc. Lorsque l'escharre fut tombée, on sentait la portion fluctuante du kyste de laquelle elle n'était séparée que par une faible épaisseur. Trois jours après, la tumeur, profitant du peu de résistance qu'elle éprouvait vers ce point, cherchait à s'engager dans la plaie extérieure; circonstance doublement heureuse, puisqu'en devenant plus superficielle, elle exerçait une pression entre les deux surfaces séreuses et favorisait leur adhérence, condition obligée avant de provoquer l'évacuation du liquide, laquelle se fit spontanément pendant la nuit à notre grand regret, puisque nous ne pûmes ainsi calculer la quantité du pus ni apprécier sa couleur et sa consistance.

Le malade nous raconta que pendant une quinte de toux un peu forte, la poche avait cédé tout-à-coup, et qu'un liquide jaunâtre et de consistance sirupeuse en avait jailli avec force et à une assez grande hauteur. Quant à sa quantité, elle devait être considérable, car le lit en était tout imprégné. Le malade l'évalue à près de deux litres environ.

Le matin, à la visite, je trouvai le bas-ventre affaissé et le kyste ne contenant que très peu de matière. J'oubliais d'ajouter que le malade, afin d'en faciliter l'évacuation pendant la nuit, était resté assez longtemps couché sur le ventre. Néanmoins, en pressant fortement le ventre, nous parvînmes à faire sortir un verre d'un liquide séro-sanguinolent parsemé de quelques stries de pus blanchâtre où le sang dominait beaucoup. Les parois du kyste, bien qu'affaissées sur elles-mêmes, présentaient une grande dureté, à la partie postérieure surtout, dans la région qui adhérait à la colonne vertébrale sacro-lombaire, où le malade aurait, alors seulement, ressenti une légère douleur.

L'évacuation de la tumeur étant l'indication la plus importante, nous la favorisâmes le plus possible par une pression faite au moyen d'un bandage de corps à 4 chefs, et de compresses graduées appliquées au dessus et au dessous de l'ouverture.

La suppuration étant devenue très fétide et continuant à être très abondante, je me décidai à injecter, dans l'intérieur du kyste, une solution de 300 grammes d'eau et de 5 grammes de teinture d'iode. Cinq injections suffirent pour changer la nature du pus et pour faire disparaître sa fétidité.

Peu à peu le liquide séro-sanguinolent diminua de quantité, et, un mois après l'ouverture de l'abcès, Pichalon sortait de l'hôpital parfaitement guéri. On sentait seulement dans le bas-ventre un corps dur ayant un pouce et demi à deux pouces d'épaisseur, immobile et s'étendant de la région sacro-lombaire à la paroi abdominale correspondant à la cicatrice qui paraissait en être la terminaison. Ce corps, qui était formé par l'affaissement des parois du kyste, était complétement indolore et ne gênait nullement le malade.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

14. *Nouvelles recherches sur la trachéotomie dans la période extrême du croup* ; par M. Trousseau, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants malades.

Suite : *voir* t. VIII, août 1851, p. 137 ; t. IX, septembre, p. 135.

(L'Union médicale, Nos 97-98 et 99 ; 16-19 et 21 août 1851.)

A trois heures de l'après-midi, le 19 juin, la petite est donc un peu mieux. Cependant M. Trousseau, craignant qu'un retour de nouvelle suffocation ne laisse pas le temps de pratiquer la trachéotomie, se décide à pratiquer immédiatement cette opération.

Il n'y eut rien de particulier dans le traitement, et le 2 juillet, treizième jour après l'opération, la canule est enlevée. Il restait du coryza et des signes indiquant la persistance de l'inflammation diphthérique dans le nez.

Le 9 juillet l'enfant allait très bien. Dans la journée elle a un peu de fièvre, de la difficulté à avaler. En examinant la gorge, on trouve de nouveau des fausses membranes sur toute la surface libre des amygdales et sur la luette. Ces fausses membranes sont attaquées trois fois par jour avec un pinceau trempé dans l'acide chlorhydrique, et par l'alun donné toutes les deux heures à la dose de 1 décigramme dans du miel. Ces pseudo-membranes durent jusqu'au 15 juillet sans que le larynx y ait participé ; cette fois il n'y a eu ni toux rauque croupale, ni sifflement laryngé,

ni gêne de la respiration, ni aphonie. La petite a continué à boire et à manger.

Le 13, la plaie du col est entièrement cicatrisée.

Petite fille de 3 ans 1/2 ;—inflammation diphthérique du pharynx, se propageant aux voies aériennes ; —imminence de suffocation ; —trachéotomie ; — éjection de fausses membranes ; — guérison.

(Clientèle de M. le docteur A. Jacquart.)

Obs. IV.—Au mois d'août 1850, mon ami et compatriote M. le docteur A. Jacquart, me fit mander en toute hâte, pour pratiquer la trachéotomie chez une petite fille de 3 ans 1/2 appartenant à M. Saillart, qui dirigeait un pensionnant de jeunes garçons, 22, Place du Louvre. M. Jacquart venait d'être mandé. Le mal de gorge existait depuis plusieurs jours, la toux était devenue rauque depuis deux jours, la voix s'était éteinte, et une suffocation s'était déclarée pendant la nuit et avait épouvanté la famille, jusque-là singulièrement rassurée.

On voyait de fausses membranes sur les amygdales ; les ganglions lymphatiques de l'angle des mâchoires étaient tuméfiés. La suffocation était imminente.

L'opération fut faite sans difficulté, il *sortit des fausses membranes au moment où la trachée fut ouverte*, et l'enfant se trouva très bien.

36 heures après l'opération, il survint une grande gêne de la respiration ; M. Jacquart enleva la double canule, écouvillonna vigoureusement, *retira une fausse membrane épaisse*, cautérisa légèrement la trachée avec la solution de nitrate d'argent, et tout rentra dans l'ordre.

Il n'y eut plus rien de particulier les jours suivants; mais le larynx resta longtemps embarrassé et nous ne pûmes retirer la canule et fermer la plaie que le 15me jour.

La santé se rétablit rapidement, et aujourd'hui l'enfant est dans les meilleures conditions.

Garçon de 20 mois ; — pas d'angine diphthérique préalable ; — dentition ;—croup ;—trachéotomie ;—expulsion de fausses membranes après l'opération ;—convulsions ;—mort.

(Clientèle de M. le docteur Boireau, à Mantes.)

Obs. V. — Le dimanche 29 septembre 1850, M. le docteur Boireau, médecin à Mantes, me fit mander auprès de l'enfant de M. Castor, entrepreneur de travaux publics.

Il s'agissait d'un jeune garçon de 20 mois, qui était tourmenté par la dentition. Il était d'ailleurs fort bien portant.

Le 24 septembre, il eut un peu d'enrouement, sans fièvre.

Le vendredi 27, la toux devient rauque.

Le samedi 28, la raucité de la toux augmente, il survient de l'oppression. Il n'y a pas de fausses membranes sur les amygdales, on donne un vomitif.

Le dimanche 29, je suis appelé à Mantes. L'oppression est très forte, la toux est alternativement rauque et éteinte ; la respiration est sifflante et difficile.

Les amygdales sont rouges, sans trace de fausses membranes.

Je n'osais affirmer qu'il y eût des concrétions dipthériques dans le larynx ; et la mort n'étant pas imminente je ne crus pas devoir faire la trachéotomie, nous convînmes avec M. le docteur Boireau de faire prendre alternativement de deux heures en deux heures, une demi-cuillerée à café de deux mixtures ainsi formulées :

R.	Calomel.	1	gramme.
	Miel.	40	—
R.	Alun. . . , . .	10	—
	Miel.	40	—

Le lendemain matin, on vint me chercher en toute hâte. J'arrivai à Mantes à 10 heures et je trouvai l'enfant dans un état de suffocation imminente. Il n'y avait plus à balancer ; je fis l'opération. Dès que la trachée artère fut incisée, il *sortit quelques fausses membranes* bien organisées.

Tout alla parfaitement bien pendant vingt-cinq heures ; tout à coup il survint des convulsions, qui se renouvelèrent sans cesse jusqu'à la mort de l'enfant, qui eut lieu à minuit, trente-sept heures après l'opération, sans que d'ailleurs il fût survenu d'accidents du côté des bronches ou du poumon.

Le lecteur a pu remarquer, chez l'enfant qui fait le sujet de cette dernière observation, combien nous avions lieu d'espérer un heureux succès quand des convulsions sont venues apporter une aggravation nouvelle et terminer la vie. L'observation suivante éveillera les mêmes idées. Il s'agit encore d'un enfant très jeune, 25 mois. Il est rare que des convulsions surviennent après la trachéotomie, chez des enfants âgés de plus de 3 ans; mais, avant cet âge, elles sont malheureusement bien communes, et jusqu'ici je n'ai vu survivre qu'un seul malade, quelque favorables que semblassent être les résultats de la trachéotomie au moment où l'éclampsie a débuté.

Garçon de 25 mois ; diphthérite pharyngo-trachéale et nasale ; — asphyxie imminente ; — trachéotomie ; — cinq heures après l'opération, convulsions ; — mort.

Obs. VI. — Le 29 novembre 1850, MM. les docteurs Gouraud et Noël me firent mander pour faire la trachéotomie chez l'enfant de M. Trouilloud, économe du collége Stanislas, demeurant rue Notre-Dame-des-Champs, n° 30.

Il y a huit jours, cet enfant, âgé de 25 mois, fut pris d'un coryza, et, cinq jours plus tard, d'une inflammation couenneuse des amygdales. Le sixième jour, le larynx fut envahi, et, dans la journée du 28, M. le docteur Paul Guersant fut appelé ; et comme les narines, le pharynx et probablement le larynx, étaient envahis par des fausses membranes, il ne crut pas devoir pratiquer la trachéotomie.

Le lendemain matin 29, l'enfant étant en quelque sorte à l'agonie, je fut mandé ; et quelque répugnance que j'éprouvasse à faire une opération dans un cas que je considérais, ainsi que M. Guersant, comme désespéré, je m'y déterminai, sur les instances réitérées du père. Au moment où la trachée fut ouverte, il s'échappa une fausse membrane tubulée et double, c'est-à-dire formée de deux membranes superposées.

Il y eut quelque calme après l'opération ; mais, quelques heures après, il survint des convulsions qui durèrent jusqu'à la mort, laquelle eut lieu cinq heures après la trachéotomie.

Je dois compte au lecteur des motifs de la répugnance que montra M. Guersant et que je montrai moi-même.

Lorsque l'inflammation diphthérique a envahi fortement les fosses nasales, que la voie de l'air est interrompue par le nez, qu'il s'écoule des narines un ichor ténu et infect, presque jamais les enfants ne guérissent, lors même que le mal reste borné à la membrane pituitaire ; à plus forte raison, lorsqu'il s'étend en même temps au pharynx et au larynx.

Les enfants meurent, dans ce cas, avec des symptômes de profonde adynamie, comme s'ils étaient empoisonnés par un virus septique.

Ce n'est pas qu'on doive toujours porter un pronostic aussi fâcheux, quand l'inflammation diphthérique n'a atteint que superficiellement la membrane muqueuse du nez ; dans ce cas, et les observations suivantes en fourniront quelques exemples, la guérison peut être assez facilement obtenue par des injections cathérétiques dans les fosses nasales, et les accidents inhérents à la trachéotomie n'en sont pas aggravés.

Ici finit la relation des 6 trachéotomies que j'ai faites en 1850, dans la période extrême du croup; j'ai obtenu trois guérisons dans cette série.

Maintenant, je raconterai brièvement l'histoire des opérations que j'ai faites depuis le 1er janvier 1851 jusqu'à ce jour.

Garçon de 5 ans ; — diphthérie pharyngo-trachéale ; — imminence de suffocation ; — trachéotomie ; — mort quarante heures après l'opération.

Obs. VII. — Le 3 janvier 1851, je fus mandé par M. le docteur Lamoureux, rue Bellechasse, n° 15, pour opérer un garçon de 5 ans, vigoureux et dans les meilleures conditions d'ailleurs, qui était sur le point de mourir suffoqué.

Depuis trois jours, on avait constaté l'existence d'une toux croupale ; le lendemain, la respiration s'était embarrassée ; et le 3 janvier, nonobstant les émissions sanguines, les vomitifs, les révulsifs, la suffocation faisait de tels progrès, que la trachéotomie parut être la seule ressource. On voyait sur les amygdales des concrétions d'un blanc-jaunâtre.

Après l'opération, tout sembla aller mieux ; mais, vingt-quatre heures plus tard, la respiration s'embarrassa de nouveau, et une lente asphyxie termina la vie quarante heures après l'opération.

Fille de 3 ans 1/2 ; — diphthérie pharyngo-trachéale ; — imminence d'asphyxie ; — trachéotomie ; — mort trente-six heures après l'opération.

Obs. VIII. — Le 7 janvier 1851, MM. les docteurs Henry de Saint-Arnould et Deschamps me mandèrent pour faire la trachéotomie chez une petite fille de 3 ans 1/2, appartenant à M. Ledoux, négociant, 74, rue Saint-Denis.

Cette enfant avait, depuis plusieurs jours, mal à la gorge, un peu de fièvre et une toux suspecte. M. le docteur Deschamps, médecin ordinaire de la famille, avait été mandé alors que les accidents étaient déjà insurmontables, et il m'appelait lorsque la mort lui semblait imminente.

Au moment où je fis l'opération, il s'échappa de la plaie quelques fragments de fausses membranes, et il y eut ensuite un notable soulagement ; mais douze heures ne s'étaient pas écoulées, que la gêne de la respiration revenait, et l'enfant succombait trente-six heures après l'opération, après une longue et cruelle agonie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

15. *Observations de chirurgie pratique*; par M. le docteur Jules Roux, chirurgien en chef de la marine à Toulon, etc.

(L'Union médicale, N° 52; 3 mai 1851.)

Varicocèle.

Il n'y a pas bien longtemps encore que le varicocèle était considéré comme une affection incurable, ou bien comme une de ces lésions, à laquelle on ne touchait que dans des circonstances rares, et jamais sans exposer gravement les jours de celui qui en était atteint. La science a bien changé sur ce point; les travaux de Breschet et Reynaud (de Toulon) que M. Landouzy et moi avons surtout fait connaître; ceux de M. Velpeau ont, pour ainsi dire, ouvert la route dans laquelle M. Vidal (de Cassis) est entré plus résolument. Ce chirurgien a, par ses écrits et par une pratique des plus nombreuses, démontré les succès qu'on pouvait attendre d'une chirurgie hardie, et lorsque aux guérisons qu'il a obtenues on joint celles de M. Ricord, on a sur cette matière d'imposantes autorités, des faits, des procédés opératoires, et des résultats qui ne laissent rien à désirer.

L'innocuité de la cure radicale du variocèle est aujourd'hui un fait peu contesté : elle est, pour moi, dans la généralité des cas, si bien établie, que j'ai été conduit à pratiquer l'enroulement de tous les éléments du cordon spermatique, en exceptant le seul canal déférent dans un cas de névropathie des plus rebelles des nerfs du cordon testiculaire. Dans la voie que j'ai suivie, je n'ose cependant pas appeler des imitateurs, je puis même craindre que mon opération ne sollicite des critiques; j'ai cependant tout lieu d'espérer que l'observation qui la relate ne sera pas lue sans obtenir l'assentiment de quelques-uns.

Névropathie rebelle du cordon et du testicule droits; — opération du varicocèle par enroulement; — guérison.

M. Marius Donadey, coiffeur à la Vallette (Var), est âgé de 32 ans, et présente tous les attributs du tempérament nerveux. En 1840, après des plaisirs vénériens, il éprouve dans les membres, le cordon et le testicule droits des douleurs vives qui durent cinq mois. Deux ans plus tard, les mêmes douleurs reparaissent et tourmentent le malade pendant six mois environ. En 1846 et 1848, retour des souffrances, avec cette différence que les douleurs du cordon et du testicule sont accompagnées de névropathies diverses. Au mois de janvier 1849, le malade se contusionne le testicule : les douleurs y reparaissent avec plus

d'intensité. Cet état névralgique, qui résiste à divers traitements bien dirigés par plusieurs médecins, jette M. Donadey dans un découragement complet.

Vers la fin de mai, il vient me consulter, et je constate l'état suivant : altération des traits, amaigrissement, exaltation des facultés intellectuelles, avec tendance au suicide. Le cordon et le testicule droits ont leur volume et leur consistance ordinaires; ils sont le siége de douleurs vives et constantes, qui ne laissent aucun repos au patient ; la pression la plus légère est accompagnée de vives souffrances, au point que le malade redoute les plus simples explorations. L'épididyme et le canal déférent n'offrent rien d'anormal ; les veines sont un peu dilatées ; on sent même sur un point une légère nodosité. Il y a donc rigoureusement, si l'on veut, un varicocèle commençant; et comme dans le cordon gauche les veines sont dans un état semblable, mais sans aucune douleur, on ne saurait y voir autre chose que cette dilatation variqueuse légère qu'on rencontre chez presque tous les hommes et qu'on peut prendre pour l'état normal. Le membre inférieur droit est aussi le siége de quelques douleurs, et ne peut être complétement redressé.

Les émollients, les antiphlogistiques, les purgatifs, les narcotiques, les irritants locaux, les vésicatoires morphinés, les distractions n'ayant amené aucune soulagement, le malade me pressa d'en finir avec ses douleurs et de lui pratiquer l'opération du varicocèle, dont il avait entendu parler. J'étais d'autant plus disposé à accéder à son désir que dans une autre circonstance, et alors que j'avais affaire à une névralgie très douloureuse, bornée à un seul testicule, je l'avais vue céder immédiatement au débridement de cet organe, tel que M. Vidal (de Cassis) le pratique dans l'orchite.

L'état malheureux de cet homme, les douleurs qu'il endurait, les idées funestes qui l'assiégeaient, me touchèrent, et le 12 juin 1849, je le plongeai dans l'éthérisme à l'aide du chloroforme, et je pratiquai du côté droit l'opération du varicocèle par enroulement, en me conformant aux règles établies par M. Vidal lui-même.

Les suites de l'opération furent des plus heureuses ; trois fois les fils d'argent furent serrés à des jours différents ; les douleurs consécutives furent très supportables, malgré la pusillanimité du malade, qui était prompt à les exagérer. Le 6 juillet, les fils métalliques se détachèrent, et le 26 la cicatrisation était complète.

Aujourd'hui 15 février 1851, vingt mois environ après l'opé-

ration, la cicatrice transversale est cachée dans les plis du scrotum ; le testicule a conservé son volume ordinaire ; il est sensiblement plus élevé que dans l'état naturel ; mais ce qu'il y a de plus satisfaisant, c'est que depuis le moment de l'opération la névralgie n'a plus reparu dans le testicule, que les névropathies diverses qui assiégeaient le malade ont complétement cessé, et que M. Donadey, heureux et content, se livre tout entier à ses occupations.

Le succès de l'opération qu'on vient de lire est dû, à mon avis, à la section des nerfs du cordon spermatique. L'enroulement des éléments du cordon, le canal déférent excepté, a produit cette division d'une manière plus sûre et avec moins de danger que la section par la ligature ou l'instrument tranchant. La dissection sous-cutanée des éléments du cordon qu'on pratique avec les doigts, ne parvient jamais qu'à isoler avec sûreté le canal déférent ; dès lors, la division seule du nerf du cordon n'est pas plus possible dans la névropathie testiculaire que l'enroulement isolé des veines de ce même cordon dans le varicocèle ; de là, la nécessité de couper tous les éléments dans ces deux états pathologiques différents. Et comme la division par l'instrument tranchant, la ligature, etc., exposerait dans la névropathie à la reproduction du mal et aux autres accidents qui suivent les mêmes opérations pratiquées pour remédier à la dilatation des veines, il en résulte que l'opération du varicocèle par enroulement se présente comme un moyen thérapeutique susceptible de remédier à deux états pathologiques distincts.

Je ne pense pas qu'on ait l'idée d'attribuer la guérison de M. Donadey à la commotion que l'opération a produite dans l'organisation, comme la cautérisation auriculaire, par exemple, l'a produite quelquefois de nos jours dans la sciatique, ou bien par l'effet que certaines opérations légères produisent sur des imaginations frappées.

Il ne viendra non plus à l'esprit de personne que cette guérison est due à l'enroulement des veines, car, indépendamment des névropathies diverses concomitantes de celles du cordon, et qui éclairent ici le diagnostic, j'ai dit que bien que les veines fussent un peu dilatées, elles ne l'étaient pas au point de constituer un varicocèle douloureux et nécessitant l'opération. Qu'on me permette de rappeler à cette occasion que le varicocèle du côté droit réclamant l'enroulement, est excessivement rare, et que, par une disposition anatomique bien connue, c'est le cordon gauche qui est doué de la funeste faculté de nécessiter l'intervention de la médecine opératoire. En 1848, j'assistais un jour,

à l'hôpital du Midi, à la visite de M. Vidal (de Cassis). Avant d'opérer un varicocèle droit, cet habile chirurgien faisait ressortir, par des considérations cliniques, la rareté de cette affection dans le cordon de ce côté. Pendant qu'il dissertait, j'eus la pensée d'appliquer la main sur la région thoracique droite du malade, j'y sentis très distinctement les battements du cœur, et fis aussitôt remarquer que ce varicocèle droit était en réalité un varicocèle gauche, puisqu'il y avait transposition des viscères. M. Vidal, par un examen attentif de l'organisation, constata la réalité de cette transposition, que désormais on ne devra pas perdre de vue quand le varicocèle existera du côté droit.

VIII. Maladies des voies génito-urinaires.

16. *Des coliques néphrétiques et de la gravelle*; par le docteur Louis de Crozant, médecin-inspecteur des eaux de Pougues.

(L'Union médicale, Nos 85, 86 et 87; 19, 22 et 24 juillet 1851.)

Dans un travail publié il y a cinq ans, je faisais remarquer combien les explications fournies par la chimie, au sujet de la gravelle, sont peu en harmonie avec l'observation clinique, et par conséquent peu satisfaisantes pour le praticien.

La théorie des diathèses acides et de la médication alcaline a une certaine apparence de précision, d'exactitude, qui flatte tout d'abord, et fait repousser comme inutile l'observation pathologique. Le médecin, dispensé d'étudier les symptômes et d'approfondir les causes d'une maladie pour en établir la nature et le développement, trouvant une théorie toute faite dans un gravier qu'il peut toucher du doigt, analyser, classer, accepte avec empressement une explication qui lui semble concorder avec une thérapeutique avantageuse; mais, toute séduisante que soit cette théorie, et malgré la valeur des chimistes qui l'ont appuyée, nous devons la repousser, par cela seul qu'elle est en opposition avec chacun des symptômes de la maladie qu'elle veut expliquer.

C'est le résultat des nombreuses observations que ma position spéciale m'a permis de faire, et que je m'empresse de soumettre au jugement des praticiens.

Nous pouvons facilement démontrer que l'histoire pathologique de ces maladies repousse, d'une manière absolue, ces con-

ceptions scientifiques, et accepte une origine plus simple à la fois et plus en rapport avec ce que nous sommes habitués à constater dans les autres maladies. Ici commme ailleurs, nous verrons un organe troublé dans ses fonctions. Ce trouble, dont la cause première nous échappe ordinairement, mais qui laisse des preuves matérielles de son existence passagère ou habituelle, suffit pour expliquer la production de tous les accidents qui peuvent se manifester et dont la gravelle est un des plus communs.

Pour arriver à cette démonstration, nous établirons d'abord ce qu'on doit entendre sous le nom de *coliques néphrétiques et de gravelle*, en donnant une description succinte de ces affections. Nous exposerons ensuite les hypothèses que la chimie a soutenues de son autorité, et, les confrontant avec les faits, nous verrons si elles peuvent résister à un examen pathologique sévère.

Nous montrerons ensuite comment, suivant nous, la maladie doit être comprise et comment elle doit être traitée.

Nous devons distinguer deux types différents dans la maladie qui nous occupe : le type intermittent, le type continu avec exacerbation.

Dans le premier cas, qui est le plus facile à étudier parce qu'il est le plus simple, le mal se développe tout à coup au milieu de la santé la plus parfaite et sous l'influence des causes les plus variées ; des fatigues physiques ou morales, un écart de régime, les variations de l'atmosphère, etc., etc.

Le malade ressent d'abord un malaise général, il a des douleurs vagues dans tous les membres, des frissons parcourent le corps, le ventre est resserré, les urines sont assez abondantes et limpides comme de l'eau. Ce symptôme est, en général, celui qui se montre le premier et dont le malade tient le plus de compte, quand il n'est pas à sa première crise. A son apparition il sait les tortures qu'il va bientôt endurer; les douleurs commencent vaguement dans la région des reins, s'étendent vers le ventre en s'exaspérant peu à peu, les urines se suppriment, le ventre se ballonne des nausées, des efforts de vomissements épuisent le malade, les douleurs lui laissent à peine un moment de tranquillité par leur violence et la fréquence de leur retour.

Telle est la forme la plus habituelle du développement de la *colique néphrétique*. Cet état qui peut être sans fièvre ou accompagné d'une réaction fébrile très intense, persiste trois, six, huit jours, quelquefois plus ; au bout de ce temps, les urines arrivent plus chargées, elles contiennent des muscosités dont les unes, peu denses et à moitié dissoutes, sont flottantes, les autres plus compactes tombent au fond du vase. Si l'on fait sé-

cher ces dernières sur un morceau de papier, on voit qu'elles contiennent une grande quantité de sable très fin, blanc jaune ou rouge, le plus ordinairement blanchâtre, c'est-à-dire composé surtout de phosphate terreux. Au bout d'un jour ou deux, la quantité de mucosité diminue, le sable se montre plus abondant, occupe seul le fond du vase, et se compose surtout d'acide urique. Les urines reprennent leur couleur normale ; les douleurs se dissipent ; le malade retrouve en même temps la tranquillité et une santé parfaite.

Dans le type continu, le malade, tantôt à la suite d'une colique néphrétique, tantôt d'une manière progressive, souffre des reins, d'un côté seulement ou des deux à la fois. Les urines sont catarrhales, assez claires, et presque tous les jours laissent précipiter du sable. Souvent le fond du vase est occupé par des muscosités très épaisses ; si on les fait sécher, comme dans le cas précédent, elles laissent, en s'évaporant, un sable très fin, pulvérulent. Le malade reste dans cet état des mois entiers, des années ; d'autres fois, sans qu'il puisse en préciser la raison, il est pris d'une attaque néphrétique, dont l'histoire est exactement celle que nous venons de faire, avec cette différence que les urines, au lieu de redevenir normales, continuent à être catarrhales et à déposer du sable.

Tel est le mode de formation de la gravelle. Je n'entrerai dans aucun détail qui nuirait à l'examen que nous voulons présenter des faits ; ainsi il est entendu que je ne parle pas des calculs ou graviers qui se forment lentement dans les voies urinaires et qui sont ordinairement un des accidents consécutifs de la maladie dont nous venons de parler et dont la présence provoque des douleurs, des spasmes, variant suivant la place qu'ils occupent, mais qui n'ont aucun rapport avec la colique néphrétique, dont nous avons tracé brièvement l'histoire. Ces corps étrangers peuvent provoquer une foule d'accidents graves, comme la pyélite simple ou purulente, les abcès, etc., etc., dont nous n'avons pas à nous occuper, notre but étant de préciser le mode de formation de la gravelle, sa cause première, et non de rechercher les désordres qu'elle peut produire.

Ceci bien établi et la question ainsi réduite à son expression simple, cherchons à la résoudre ; et pour cela mettons les hypothèses en présence des faits. Ces hypothèses, tirées de la chimie, sont au nombre de deux.

L'une admet chez l'individu atteint de gravelle un état général spécial qui est la cause de la présence du sable dans les urines. C'est une diathèse qui domine la constitution de l'homme,

comme la diathèse scrofuleuse, et comme c'est sous son influence que le malade sécrète du sable, on crée autant d'espèces de diathèses qu'il y a d'espèces de gravelle : la diathèse urique, la diathèse phosphatique, la diathèse oxalique, la diathèse cystique. Par le fait de ces prétendues diathèses, l'urine saturée de ces sels ne pourrait les tenir en solution, et leur précipitation devient ainsi une nécessité. La maladie ne serait point une affection des organes urinaires, mais un état constitutionnel. La seul preuve, du reste il faut le dire tout de suite, que les chimistes donnent de cette diathèse graveleuse, c'est la présence de la gravelle dans les urines, il n'en est point d'autres que je sache.

La seconde théorie, qui ne repousse pas la première complétement, a été inventée surtout par ceux des chimistes qui ne veulent pas que l'acide urique soit à l'état libre dans l'urine et qui le préfèrent à l'état d'urate d'ammoniaque ; ils exigent pour la formation de la gravelle la présence d'un acide libre dans l'urine, n'importe lequel ; l'acide urique étant le moins stable de tous, vous comprenez immédiatement le service chimique de cet acide, il s'unira à l'ammoniaque, et l'acide urique abandonné à lui-même se précipitera immédiatement. Malheureusement pour cette hypothèse, l'urine contient toujours un acide libre sur lequel les chimistes ne sont pas d'accord, c'est possible, mais qui existe certainement ; et comme, d'autre part, l'urine normale contient toujours de l'acide urique, il en résulte nécessairement que tout le monde aurait la gravelle, si pour la formation de la gravelle il ne fallait que ces deux conditions : acidité de l'urine et présence d'acide urique dans ce liquide.

D'autres chimistes, peu satisfaits du rôle de cet acide libre dans l'urine, exigent plus ; ils parlent, vaguement il est vrai, d'un acide général que personne n'a jamais prouvé ni cherché à prouver, quelque chose qui rentrerait dans le système de François de le Boë. On parle des aigreurs, des vomissements de matières acides qui précèdent souvent les attaques de gravelle ; on fait jouer un rôle à la suppression des fonctions de la peau dans la production de cette état acide. Ces observations ne confirment en rien ces théories, car il faudrait d'abord démontrer l'existence de cet état acide. Est-ce que sous son influence les sécrétions alcalines comme la salive deviendraient acides ? Personne n'a jamais avancé un fait semblable. Les acidités de l'estomac précédant les crises néphrétiques, sont souvent observées, mais elles existent dans toutes les dyspepsies avec hypersécrétion de la muqueuse gastrique (la plus commune de toutes les dyspepsies), sans que nous voyions pour cela arriver d'accidents de ce

genre. On ne peut donc pas avancer que la gastrorrhée acide commande la gravelle. Si vous dites que les personnes atteintes de gravelle sont sujettes à la dyspepsie acide, vous serez dans le vrai ; mais n'en concluez pas l'inverse, vous n'auriez pour vous ni la logique, ni les faits.

Du reste, n'insistons pas sur une explication qui est essentiellement vicieuse, puisqu'elle n'est applicable qu'à une des variétés de la gravelle urique, et les auteurs même qui la mettent en avant admettent la nécessité des diathèses, base de la première théorie.

Examinons donc la valeur de ces théories en présence des faits, et voyons si elles peuvent concorder avec les symptômes que l'observation nous montre constituer la maladie qu'elles ont la prétention d'expliquer.

Si l'existence des diathèses, comme cause exclusive de la colique graveleuse, était positive, qu'arriverait-il au moment de la crise ? L'économie saturée du principe morbide, d'acide urique, par exemple, en manifesterait partout la présence. L'urine surtout, habituellement chargée de débarrasser le corps de cette substance, en contiendrait des quantités énormes. Ce sel, par son abondance, troublerait sa limpidité et se précipiterait rapidement sur les parois du vase. Ce symptôme devrait être l'avant-coureur obligé de la colique néphrétique. Il n'en est rien ; au contraire, les urines sont claires, décolorées, d'une limpidité extrême ; c'est le symptôme le plus constant et le plus sûr pour annoncer une crise prochaine. Quand les urines sont-elles troubles et chargées d'acide urique ? C'est au bout de trois ou quatre jours, au moment de la détente, quand la crise est passée.

L'apparition de ce sable est la meilleure preuve d'un prompt soulagement que vous pouvez annoncer au malade, s'il ne le sent déjà lui-même.

L'acide urique qui n'existe pas en excès dans l'urine avant le mal et au moment de son invasion, ne peut être regardé comme la cause, il en est le résultat. Je dis qu'il est le résultat du mal et non la cause, parce qu'il ne domine pas dans l'urine au moment de la crise, qu'il apparaît quand celle-ci touche à son terme, et que tous les jours on voit l'urine charrier des masses considérables de cet acide sans le moindre retentissement du côté des reins. Après un accès de fièvre, de goutte, d'asthme, après un voyage en voiture, ne voyez-vous pas les urines devenir bourbeuses, à s'étonner qu'elles aient pu être excrétées ; qu'est-ce qu'elles contiennent ? De l'acide urique. Leur sécrétion provoque-t-elle des coliques ? Non. La nature, du dépôt est cependant exactement la même ; c'est de l'acide urique sous diverses

formes; sous la forme cristallisée et sous la forme pulvérulente, c'est-à-dire à l'état d'acide urique et d'urate d'ammoniaque.

Les cristaux d'acide urique se forment lentement dans les canaux et réservoirs de l'urine et sont emportés par elle à mesure qu'ils se forment. La poussière urique se dépose à l'air libre et sous l'influence de la décomposition de l'urine, qui, en devenant ammoniacale, permet la formation de ces urates. (1)

Dans ces cas, l'urine est évidemment saturée d'acide urique, elle est acide au moment de son émission ; elle présente les deux conditions, exigées par l'hypothèse des médecins chimistes : 1° acidité de l'urine, 2° excès d'acide urique, et cependant sa sécrétion ne provoque pas de douleurs. Il faut, pour expliquer les horribles souffrances de la colique néphrétique, chercher une autre cause. Ce qui constitue la colique néphrétique, la gravelle, ce n'est donc pas l'abondance du sel urique, ou du phosphate terreux ; mais bien la condition morbide spéciale des fonctions urinaires qui permet à une petite quantité de ces matières de se séparer lentement de l'urine au moment de sa sécrétion, soit dans le rein, soit dans l'uretière. et qui empêche qu'elles ne soient emportées au dehors à mesure qu'elles se déposent.

Un homme peut, je le répète, rendre chaque jour une quantité considérable d'acide urique sans éprouver la moindre gêne dans les reins ou les uretères ; mais que chez un individu dont l'urine ne présente pas un excès d'acide urique vienne à se manifester l'état spécial que nous regardons comme la condition impérieuse de la collique néphrétique, alors la gravelle se forme au milieu des plus violentes douleurs, et l'on peut voir se développer tous les désordres consécutifs à la présence d'un corps étranger dans les voies urinaires.

Cette contradiction, que je viens de signaler entre l'état de l'urine et la théorie des diathèses acides, devait suffire pour la faire rejeter, et engager à rechercher une explication plus en harmonie avec les désordres observés; mais chaque trait de l'histoire de cette maladie nous offrira une preuve nouvelle qu'il ne faut pas négliger : la composition des graviers, le siége de la douleur, les causes de la maladie, son traitement, etc.

Si le malheureux, atteint de gravelle, était sous l'influence d'un état constitutionnel spécial, auquel vous donnez le nom de diathèse, le sable que déposeraient ses urines serait toujours ou

(1) Je donne cette explication pour ceux qui veulent que l'acide urique soit à l'état libre dans l'urine. Pour ceux qui l'y voient combiné avec l'ammoniaque, la précipitation se fait à cause de l'excès du sel.

de l'acide urique, ou du phosphate terreux, etc., etc., suivant que le malade serait sous l'empire ou de la diathèse urique ou de la diathèse phosphatique, etc., etc. Il n'en est rien ; la composition du sable varie très souvent chez le même individu, sans aucune modification de l'état général, sans l'intervention appréciable d'aucune cause. Ce qu'on voit dans les sédiments, se retrouve dans les calculs; et il est facile, par le fait de leur composition, de saisir les transformations successives dans la nature du dépôt qui vient chaque jour augmenter le volume du noyau primitif. Les calculs alternants ne sont-ils pas extrêmement communs, et, suivant Brands, Henry et Smith de Bristol, les plus communs de tous? N'indiquent-ils pas, par leur composition, que les dépôts de l'urine varient constamment, ce que, du reste, l'examen des urines nous montre quotidiennement? Ne pouvant admettre que la constitution de l'homme se modifie d'un jour à l'autre, nous ne pouvons accepter ces diathèses qu'il faudrait concevoir aussi variables, aussi éphémères que les sédiments.

Je pardonne aux chimistes de ne me montrer nulle part cet acide urique, dont l'économie est saturée; mais sa présence devrait au moins se manifester au moment de la crise, dans les deux organes chargés d'en débarrasser le sang. Le malade qui urine de l'acide urique en excès, devrait souffrir des deux côtés à la fois; ce n'est pas ce qui a lieu. Le plus ordinairement, le malade souffre tantôt du rein droit, tantôt du rein gauche; cependant, les conditions chimiques diathésiques sont égales pour ces deux organes. Pourquoi, recevant le même sang, soumis aux mêmes influences générales, sécréteraient-ils une urine différente dans sa composition, ou se modifiant différemment suivant qu'elle traverse l'un ou l'autre des deux organes? Proust avait parfaitement senti cette difficulté; aussi, outre toutes ses hypothèses de laboratoire, il était obligé d'invoquer une lésion du rein. La lésion qu'il suppose exister ne signifie rien, sinon l'impuissance des autres explications qu'il donnait, je ne la cite que pour montrer jusqu'où peut aller l'esprit d'invention chez un chercheur de théories.

Il admet non seulement que chaque rein peut avoir un mode sécrétoire particulier, mais que chaque rein est lui-même composé d'une foule de petits reins qui fonctionnent isolément les uns des autres, et qui peuvent, par conséquent, sécréter d'une manièse très différente.

« Supposez, dit-il, qu'un ou plusieurs de ces petits reins soient « lésés de manière à sécréter très peu d'eau d'un côté, et de « l'autre une grande quantité d'acide urique, il devra nécessai- « rement en résulter que cet acide se présentera dans le rein à

« l'état d'hydrate, et qu'en perdant de son volume il se divisera « en petits cristaux faciles à séparer et qui seront ensuite éva- « cués au dehors sous forme de graviers ou de petits calculs. »

Cette supposition (je me sers de l'expression de Proust), toute inintelligible qu'elle est, montre bien qu'aux yeux du chimiste lui-même, les doctrines à la mode ne rendraient pas un compte suffisant de cette localisation du mal, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Il comprenait que nécessairement l'organe sécréteur devait jouer un rôle important dans cette maladie ; c'est un pas vers la vérité, et si Proust eût été médecin, c'est-à-dire s'il eût observé le malade et non son urine, je suis convaincu qu'il eût vu le mode de formation de la gravelle.

Nous pouvons conclure que les symptômes saillants de la colique pierreuse n'autorisent en rien ces suppositions de diathèses pierreuses ou de diathèses acides, qu'ils sont au contraire en opposition formelle avec les conséquences nécessaires de ces théories. Il semblerait que les causes qui prédisposent ordinairement à la gravelle, et celles auxquelles on rattache sa production, doivent être plus favorables aux hypothèses que nous combattons, parce que c'est le chapitre le plus important à étudier dans l'histoire d'une maladie dont on veut démontrer l'étiologie; et en effet, à lire certains auteurs, on trouverait une relation entre les causes assignées par eux à la gravelle et la théorie qu'il en donnent. M. Magendie, par exemple, dira que le régime animalisé est la cause principale de la gravelle, attendu que sous son influence il se forme une plus grande quantité d'acide urique : si cela était vrai, ce serait vraiment un grand argument en faveur de la doctrine ; mais voici la vérité : c'est qu'en France, on remarque que, dans la seconde période de la vie, la gravelle est beaucoup plus commune chez les personnes de la classe riche que chez les pauvres. Mais la gravelle est-elle la seule maladie qui soit dans ce cas ? certainement non. Le rhumatisme est extrêmement rare à la campagne parmi nos paysans, les fleurs blanches sont dans le même cas, les catarrhes de vessie, les hémorrhoïdes, fort rares ; les catarrhes pulmonaires avec ou sans oppression, beaucoup moins communs que dans les villes ; en un mot toutes les maladies sécrétoires sont beaucoup plus rares chez le pauvre que chez le riche. Il doit en être ainsi chez des personnes dont les dépenses sont presque nulles, qui, ne travaillant pas, bien chauffées, réparent au-delà de leur besoin ; il est tout simple que la nature, dans ce cas, se sert de ces flux plus ou moins abondants pour débarrasser l'économie et établir ainsi un émonctoire continuel.

La gravelle n'apparaît-elle que chez les gens riches? elle se manifeste en France, surtout chez les gens riches, je viens d'en dire la cause ; mais en examinant ce qui se passe dans d'autres contrées, on voit qu'elle frappe indistinctement tout le monde. En Hollande, la gravelle est commune dans tous les rangs de la société; dans le comté de Sussex, contrée humide et froide, où l'on mange beaucoup de légumes et où l'on boit beaucoup de bière, la gravelle est extrêmement commune : il en est de même de Norwich qui se trouve dans les même conditions ; à Hertford, au contraire, pays beaucoup plus sec et plus chaud, la maladie est très rare.

Sous le rapport de l'âge, nous voyons que d'une manière générale et surtout dans les pays où elle est très commune, loin de frapper en majorité les hommes faits et qui semblent le plus sous le régime animalisé, la gravelle frappe surtout les enfants, à tel point que dans les relevés statistiques faits à Bristol, à Leeds , etc. , la moitié des malades a moins de 14 ans. En France, nous voyons également les enfants très souvent atteints de gravelle, et presque tous ces enfants chétifs, lymphatiques, n'ont jamais été accusés d'avoir une constitution urique, jamais on n'a songé à les soumettre à une diète végétale, et cependant leur urine dépose souvent l'acide urique, bien souvent ils sont atteints de gravelle.

Les causes occasionnelles de la colique néphrétique, si vous ouvrez le livre de Proust sont : les circonstances débilitantes, les émotions pénibles, une atmosphère humide, une promenade le soir ; un écart de régime ; et si vous interrogez les malades ils vous disent que les coliques sont provoquées par un fruit cru (Béclard), de la salade (Magendie), la bière (Scudamore) un peu de sucre, un doigt de champagne chez des gens qui boivent sans crainte une bouteille de bordeaux, une course trop longue, un changement de climat sans changement de régime. Quel rapport existe-t-il entre toutes ces causes prédisposantes ou accidentelles et la diathèse urique? aucun. Aussi M. Petit, médecin chimiste, arrive-t-il, en étudiant les causes de la gravelle, à une conclusion analogue à celle de Proust, à l'égard des symptômes de cette maladie : « On doit conclure de tous ces faits, dit « M. Petit, que la cause des calculs urinaires est encore enve- « loppée d'une grande obscurité. » Ce sera l'opinion de tout médecin consciencieux, qui, en admettant l'existence des diathèses graveleuses telles que les chimistes les comprennent, en viendra chercher la démonstration dans l'étude des circonstances qui semblent prédisposer à la gravelle. Ce n'est pas l'étude des causes de la gravelle qui est obscure, c'est la théorie que vous donnez

de sa formation qui devient complétement inintelligible devant les faits, parce que les causes qui devraient, d'après votre théorie, produire la gravelle ne la produisent pas, que celles au contraire qui ne devraient pas la produire, la produisent. Cela prouve uniquement que votre théorie n'est pas vraie, puisqu'elle ne s'accorde pas avec les faits. C'est ce que nous avons vu pour les symptômes aussi bien que pour les causes dans l'histoire de cette maladie.

Le traitement, mieux encore, nous démontre la fausseté de ces théories, et nous parlons surtout du traitement pour lequel ces théories ont été imaginées : la médication par les eaux minérales, la médication alcaline, l'eau de Vichy soulageait ou guérissait des graveleux, et l'on a dit : l'eau alcaline de Vichy dissout la gravelle et neutralise dans l'économie l'élément acide qui engendre la gravelle.

Laissons de côté, pour un moment, cette seconde proposition, cette neutralisation de l'élément acide de l'économie, par les eaux alcalines : elle est vaguement posée par les chimistes, n'offre aucune preuve et ne se prête pas à la discussion. Quant à la seconde, elle a été plus nettement précisée, elle est le piédestal de la médication alcaline. Les prétentions ont été carrément posées dans la science : l'eau alcaline dissout les calculs. Nous ne reprendrons pas cette question usée. Nous accorderons que quelques calculs ont été dissouts, on nous accordera que c'est l'exception, nous dirons que beaucoup de calculeux sont extrêmement soulagés par les eaux minérales, et on avouera, avec nous, que le nombre des observations de dissolution de calculs n'a pas augmenté. Fuyant donc ce terrain difficile pour la discussion, nous dirons : qui peut le plus, peut le moins... Si l'eau alcaline dissout les calculs, elle doit *à fortiori*, dissoudre le sable qui en est l'élément nécessaire. Examinons ce qui se passe chez le graveleux pendant son traitement par les eaux minérales.

De même qu'il y a deux formes caractéristiques dans la maladie qui nous occupe, il y a aussi deux modes d'action de la part du médicament.

Dans le premier cas, et c'est le plus heureux, le malade qui va aux eaux, boit pendant cinq, six, huit jours sans rien éprouver, que ses urines soient ou non rendues alcalines ; au bout de ce temps, quelquefois plus tard, ses douleurs de reins et de ventre s'exaspèrent, il a de la fièvre, de l'agitation; ses urines qui contenaient à peine quelques traces de sable en sont chargées. Cet état dure un jour ou deux; au bout de ce temps le calme renaît, les urines redeviennent claires, limpides, le ma-

lade peut se regarder comme débarrassé de la gravelle pour un an ou deux au moins. Que s'est-il passé là ? Est-ce que l'alcali des eaux de Pougues et de Vichy a dissout le sable urique qui n'a pas cessé de se montrer et qui arrive tout à coup avec une abondance extrême, en si grande quantité qu'on est tenté de se demander si l'eau alcaline n'a pas quelquefois la propriété de former de toute pièce, ce sable urique qu'elle est chargée de dissoudre ? Voilà ce qui se passe habituellement, mais est-ce là ce qui se passerait si la médication alcaline n'était pas une chimère ; ce serait le contraire. Dès que le malade, au moyen du papier de tournesol qui lui promet la santé, aurait constaté l'alcalinité de son urine, il n'y verrait plus de sable ; demandez lui s'il en est ainsi ? Il y a cependant des malheureux qui n'ont plus de sable dans leurs urines pendant tout le temps de leur séjour aux eaux, ils appartiennent à la seconde catégorie, et je les appelle malheureux, parce que le soulagement qu'ils éprouvent n'est que momentané ; le mal est pallié, mais il n'est pas guéri.

Les malades de cette seconde catégorie n'éprouvent pas de crises comme les précédents ; dès leur arrivée aux eaux, ils éprouvent un soulagement qui augmente progressivement et dure pendant tout le temps de leur séjour. Tantôt ils continuent à voir dans leurs urines quelques flocons muqueux et un peu de sable fin, mais sans éprouver ni gêne, ni douleur ; tantôt le sable disparaît complétement, les urines sont claires et limpides. Cette seule fraction de la seconde catégorie de malades, pourrait laisser croire à la réalité de la dissolution, puisque le malade ne rend plus de sable. Cela ne prouve rien : mais cela pourrait laisser croire à la réalité de la dissolution, et il est bon d'expliquer la cause de cette exception quoiqu'elle ait trait à un fort petit nombre d'individus ; c'est ce que nous ferons en montrant l'action des eaux minérales sur les causes de la gravelle telles que nous les comprenons.

Nous pouvons avancer la proposition suivante, comme le résultat parfaitement exact de l'observation : dans la très grande majorité des cas, sous l'influence du traitement par les eaux minérales, le malade atteint de la gravelle continue à rendre du sable, et souvent en plus grande abondance qu'avant son traitement. Ce dernier cas est un pronostic des plus heureux. Nous ajoutons, sans crainte d'être démenti par personne, que le résultat est identiquement le même sous l'influence des eaux, quelle que soit la composition du sable, qu'il soit acide, qu'il soit alcalin, qu'il soit composé d'acide urique, qu'il soit formé de phosphate ammoniaco-magnésien.

La composition de l'eau fait-elle varier ces résultats? En principe non, dans les détails oui, aussi, d'après ce que j'ai observé, l'eau de Pougues soulage moins vite que l'eau de Vichy; mais elle détermine plus fréquemment la crise qui est le signe d'une guérison réelle. Pendant une crise l'eau de Vichy est très salutaire, l'eau de Pougues est très contraire. Il en est de même des eaux sulfureuses qui géurissent également. Bordeu fait à ce sujet la même remarque : il trouve que les eaux de Bagnères tout en guérissant comme les Eaux-Bonnes, font rendre beaucoup plus de sable que ces dernières.

Nous voyons donc que les eaux minérales, quelle que soit leur composition, guérissent et soulagent dans le traitement de la gravelle; que loin de dissoudre ces sables, elles en font rendre une plus grande quantité, que d'autre part le résultat est identiquement semblable, quel que soit le sel qui compose le sable excrété, qu'il soit acide ou qu'il soit alcalin, et c'est avec des éléments semblables qu'on crée une médication spéciale, qu'on établit une classe nouvelle de médicaments caractérisée par une propriété chimique, l'alcalinité, sans que rien au monde n'en indique l'utilité, n'en démontre la valeur, car, je le répète, c'est à cause de l'affection calculeuse que ce système de guérison par réaction chimique a été mis en avant. On a dissous quelques cailloux dans de l'eau alcaline et on a immédiatement conclu à un mode de guérison tout à fait étrange. Mais si à Vichy, où l'on a fait tant d'expériences avec les graviers et le papier de tournesol, on avait étudié le malade pendant son traitement, si on avait tenu compte d'une partie seulement des observations que nous offre cette étude, n'aurait-t-on pas dit, comme après l'examen des causes de cette maladie, que cette cure est remplie de mystères et d'obscurité.

On aurait vu, en effet, l'eau alcaline guérissant aussi bien la gravelle phosphatique que la gravelle urique, les calculs biliaires aussi bien que les autres; guérissant sans dissoudre le sable; mais en provoquant sa sortie. Nos eaux de Pougues, de Contrexeville guérissent au moins aussi bien que les eaux alcalines dont on parle seulement depuis que cette théorie a passé dans la science, sans qu'on se soit occupé d'en établir pathologiquement la possibilité. Elles guérissent sans jamais alcaliniser l'urine des malades, ou si passagèrement et si rarement que c'est un fait sans importance. Les eaux sulfureuses sont dans le même cas. Des doutes ont peut-être traversé l'esprit des propagateurs des idées que nous combattons, car ils les ont quelque peu modifiées dans ces derniers temps. Ils ont, dans la solution du gravier,

tenu compte d'une chose importante qu'ils avaient complétement négligée jusqu'alors. C'est la matière organique, le mucus, la matière catarrhale qu'ils reconnaissent être la base, le lien, le noyau de formation de tout calcul. Ils ont fait intervenir l'action de l'eau minérale de Vichy sur cette substance, ils ont reconnu que cette action était immense, et qu'au mot de dissolution il fallait ajouter celui de *désagrégation*. C'est au travail de M. O. Henry que nous devons cette heureuse influence. Sur ce nouveau terrain nous nous entendrons, je crois, parfaitement, parce qu'il n'y aura plus de raison chimique à invoquer, de réactions alcalines à rechercher ; il n'y aura plus qu'un fait à constater et un fait parfaitement vrai, qui est la raison de tous les succès des eaux minérales, à savoir : que la plupart des eaux minérales, que leur base essentielle soit la soude, la chaux, la magnésie ou le soufre, ont une action générale sur la muqueuse et les mucosités qu'elles sécrètent ; qu'elles modifient à la fois, mais d'une manière différente, la membrane qui sécrète et le produit de la sécrétion. C'est une propriété dont elles jouissent et qu'on retrouve, quoiqu'à un moindre degré, dans les gommes résines, les sels d'antimoine, etc., etc. Cette propriété remarquable que possèdent presque toutes les eaux minérales est très variable suivant chacune d'elles, et il en est en cela comme des résines dont je parlais. Toutes les résines modifient tous les flux catarrheux, mais la gomme ammoniaque plus spécialement le catarrhe des bronches ; le copahu celui des organes urinaires. Si toutes les eaux minérales réussissent plus ou moins contre les affections catarrhales, il faut avouer que les Eaux-Bonnes, le Mont-d'Or, ont une action toute spéciale sur les bronches, les eaux acidules gazeuses sur les organes urinaires, les eaux salines sur les catarrhes utérins, etc., etc.; et si l'on songe que les 4/5e des maladies chroniques sont des affections catarrhales, on comprendra comment il se fait que tant de gens si diversement affectés éprouvent du soulagement en allant aux eaux.

Revenons à la question spéciale dont nous n'aurions pas dû nous écarter.

M. O. Henry a constaté en allant à Vichy deux faits : que tout calcul est formé d'une substance quelconque et de mucus d'autant plus en abondance que le calcul est plus dur ; que l'urine de tout calculeux contient des flocons muqueux. Ce que M. Henry dit du calcul, est aussi exactement vrai de la gravelle, ce premier degré de l'affection calculeuse ; sans mucosités, il n'y a pas de gravier, il n'y a pas de sable ; la gravelle n'est pas une maladie, mais le produit d'une maladie. Cette maladie est

un catarrhe des voies urinaires. Exposons comment je comprends cette maladie et les raisons sur lesquelles j'appuie mon opinion.

Le mucus est la condition impérieuse, nécessaire de tout calcul ou gravier qu'on trouve dans les voies urinaires. Tous ceux que M. Henry a examinés en contiennent une quantité plus ou moins considérable, suivant leur degré de cohésion, et sans la présence de cette matière, il serait difficile de comprendre la formation des calculs qui ne sont qu'un agrégat de sable ou de cristaux pierreux; c'est un fait aujourd'hui admis parfaitement et constaté, excepté peut-être pour de rares calculs formés de systine.

Faudrait-il s'étonner, si le premier grain de sable qui peut devenir le noyau d'une pierre, était aussi formé sans l'influence de la matière catarrhale, si la gravelle enfin, devait être regardée comme un résultat direct de la présence des mucosités dans les canaux où elle se dépose?

La formation du sable est, dans ce cas, bien facile à concevoir : un homme a un catarrhe des voies urinaires, les mucosités qu'il sécrète plus adondamment que de coutume, tapissent la muqueuse. Ces mucosités deviennent un obstable au passage de l'urine, un filtre qui arrête les sels les moins solubles que contient ce liquide, et leur précipitation sera une conséquence mécanique de la présence de ces mucosités. Si cela est vrai, quoi de plus simple que cette explication qui s'applique à tous les sables, à tous les graviers, quelle que soit leur composition, et et qui n'exige aucun frais d'imagination pour paraître acceptable en dehors des faits sur lesquels elle doit s'appuyer.

Nous avons exposé brièvement l'histoire de la gravelle et des coliques qui accompagnent son apparition; nous avons montré qu'au moment de l'invasion de la crise, avant que les douleurs commencent à se faire sentir, les urines deviennent limpides et claires, c'est le moment où la muqueuse commence à sécréter avec plus d'abondance; c'est le moment où les urines commencent à subir l'influence de la matière catarrhale. Lorsque l'obstacle devient plus abondant et par conséquent d'une action plus grande, les urines se suppriment peu à peu, les douleurs se font sentir dans la région des uretères et des reins, c'est alors que le sable, en se précipitant, irrite par sa présence les organes avec lesquels il est en contact. Cet état de choses persiste jusqu'au moment où la nature ou bien les remèdes triomphent du mal; les mucosités ramollies, devenues moins adhésives, sont emportées par les urines, et avec elles les sables qui s'étaient amassés devant ces obstacles. Vous voyez alors les urines chargées de sable de toute espèce et vous comprenez une série de

symptômes dont les théories chimiques ne pouvaient vous donner la clef. Si vous voulez avoir la preuve matérielle du fait, prenez les premières mucosités que l'urine expulsera, faites-les sécher, et vous trouverez après leur évaporation une poussière blanche ou jaunâtre qu'elles tenaient emprisonnée ; c'est ainsi que les parcelles les plus fines ou les premières déposées se mélangent à ces matières glaireuses pour en accroître l'imperméabilité et augmenter, par conséquent, le dépôt des sels de l'urine.

Quelle opposition faire aux conclusions qui se tirent naturellement de ces faits ? Que c'est peut-être dans la vessie que le sable se mélange aux mucosités ; mais on a eu occasion de faire l'ouverture d'individus présentant des douleurs aux reins et des mucosités dans l'urine, au moment où d'autres maladies les ont emportés. M. Rayer, qui a eu plusieurs occasions de faire cet examen, a constaté dans les calices et le bassinet notamment élargis, du sable fin, mélangé à du mucus, à du pus, etc., etc. Mais ce que l'examen direct indique, toute l'histoire de la gravelle ne le prouve-t-elle pas ; ne ressort-il pas de tous les traits de cette histoire que la sécrétion muqueuse est la cause première de tous les accidents qui se développent et dont la gravelle est un des plus constants ? N'avons-nous pas vu qu'au moment de la crise l'urine ne contenait point de sable et qu'elle n'en contenait qu'au moment où les mucosités apparaissent et où le soulagement se fait sentir ; parce que c'est la matière catarrhale, qui, en portant obstacle au passage de l'urine, provoque et la douleur et le dépôt de sable. En effet, là où il n'y a pas de catarrhe il n'y a plus de douleur ; nous avons vu qu'après un accès de fièvre, d'asthme, de goutte, etc., l'urine peut se charger de matières solides qu'elle charrie sans douleur, sans aucun des symptômes de la crise néphrétique, parce qu'il n'existe aucun obstacle à leur passage. Si cet obstacle venait à se produire, à l'instant le tableau changerait, et nous aurions une colique néphrétique. Après un accès de fièvre, cela ne se voit jamais ; mais souvent après un accès d'asthme catarrhal, parce que, dans ce dernier cas, comme il y a une prédisposition générale au catarrhe, les matières solides qu'emporte l'urine irritent la muqueuse sur laquelle elles passent et provoquent une sécrétion catarrhale au bénéfice des bronches, qui se trouvent soulagées, et au grand désespoir du malade, qui ne fait que changer de genre de souffrances.

Les choses se passeront toujours de la même manière, quelle que soit la composition du sable qui se précipite, parce que c'est le catarrhe qui commande, suivant nous, toute la maladie ; la nature du dépôt sera en rapport avec la composition de l'urine

au moment où le catarrhe se développe ; et comme la proportion des différents sels qui entrent dans la composition de l'urine varie d'un instant à l'autre, il sera très facile de comprendre pourquoi les dépôts calculeux sont si variés entre eux, et aussi dans les différentes couches dont ils sont formés. L'acide urique, qui se montre très souvent dans ces dépôts, est un des sels les moins solubles que contienne l'urine; il est, en outre, très abondant à l'âge où l'on observe en France les affections catarrhales des voies urinaires, pendant la seconde moitié de la vie. Chez les enfants chez qui l'on trouve encore des affections catarrhales, l'acide urique ne domine plus autant, et le gravier se ressent de cette différence. La composition du sable ou du gravier dépendra, en un mot, de celle de l'urine au moment de la crise. Son dépôt dans les organes de la sécrétion urinaire, surtout sous forme cristallisée, sera lié à l'existence d'un catarrhe de ces parties ; et lors même que la diathèse urique ou toute autre ne serait point une chimère, il faut encore accepter la présence du catarrhe comme cause directe et indispensable de la gravelle et de ses accidents, puisque, sans lui, on voit l'urine emporter des quantités considérables de sable, sans exciter le moindre dérangement.

De même que le catarrhe de la muqueuse nasale siége tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, quelquefois sévit opiniâtrement d'un seul côté ; de même, les reins pourront être tour à tour malades, ou l'être simultanément, ou un seul des deux rester le siége habituel du flux catarrhal ; les désordres locaux se feront sentir là où existera le mal, et le suivront dans ses déplacements.

Nous avons montré combien ces variations dans le siége du mal étaient peu en rapport avec les modifications générales de l'économie, que la chimie invoque pour expliquer la gravelle ; elles ne peuvent évidemment être expliquées que par une cause matérielle, un désordre fonctionnel de l'organe : l'hypersécrétion de la muqueuse, le catarrhe.

Parcourez le catalogue des causes que les auteurs signalent comme prédisposant à la gravelle, vous verrez que ce sont les causes des affections catarrhales en général : les contrées humides et froides, les pays où l'on fait usage de bière, boisson qui a une action spéciale et reconnue sur le catarrhe des voies urinaires, certains comtés d'Angleterre, entr'autres celui de Sussex, la Hollande, etc., etc., le mauvais régime et surtout l'alimentation maigre ; l'âge où l'on a la gravelle est également l'âge des affections catarrhales, l'âge mûr et l'enfance.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

17. *Sur l'utilité des bougies fines, coudées et tortillées, dans le traitement des rétrécissements de l'urètre*; par M. le docteur LEROY-D'ÉTIOLLES.

(L'Union médicale, N° 86; 19 juillet 1851.)

Il y a des rétrécissements qui laissent encore couler tant bien que mal l'urine, mais n'admettent point les sondes et les bougies, même celles dont le volume est inférieur au diamètre du conduit qu'elles ne peuvent traverser : il n'est pas un chirurgien qui n'en ait rencontré dans sa pratique. Pour expliquer cette apparente anomalie, on a supposé un spasme subit produit par le contact du corps étranger, un gonflement inflammatoire, une rigidité du tissu fibreux, trop grande pour être surmontée par des bougies filiformes ; de là, l'emploi des antiphlogistiques, des antispasmodiques, de la belladone, des bougies fixées à demeure contre l'obstacle, des injections et du cathétérisme forcé, tous moyens qui, fort souvent, sont inefficaces.

J'ai pensé que cette impossibilité ou cette difficulté du cathétérisme était due à l'excentricité de l'orifice du rétrécissement, masquée, en outre, quelquefois par un pli ou une végétation de la muqueuse, à des inflexions brusques en zig-zag, imprimées à la partie rétrécie de l'urètre par des saillies alternes qui trasforment un point de ce canal en un *défilé* ou *angustie*. Cette supposition m'a conduit à l'essai de bougies fines, crochues ou tortillées en spirales à leurs pointes ; et, depuis lors, je n'ai presque plus trouvé de rétrécissements infranchissables. Je me hâte d'ajouter que tout autre réussira également bien, s'il apporte à cette manœuvre la somme convenable de patience et de légèreté de main, ce qui est tout un dans cette circonstance.

Dans mon *Traité des rétrécissements et angusties de l'urètre*, publié en 1845, j'ai rapporté dix-sept exemples d'introduction des bougies crochues ou tortillées à travers des obstacles, que nulle autre forme de sonde ou de bougie ne pouvait franchir. J'ai adressé à l'Académie de médecine, dans sa séance du 24 juin 1851, un relevé de cinquante-trois nouveaux cas. Je vais choisir dans ce nombre quelques-uns de ceux qui me paraissent les plus propres à démontrer l'importance de cette minutie.

N° 1. — Au mois d'avril 1848, je fus appelé par M. C..., d'Ar..., vieillard d'une complexion faible et impressionnable. En arrivant près de lui, je vis dans son urètre un faisceau de six petites bougies, fixées conformément au procédé de M. Amussat, deux avaient été poussées en avant, et l'on supposait qu'elles avaient pénétré dans le défilé. J'éprouvai à cette vue les scru-

pules que doit avoir tout médecin à la pensée de se substituer à un confrère; j'en fis part à M. C... « Le chirurgien qui me soi-« gnait, me répondit-il, est en voyage pour quelques semaines ; « il m'a envoyé à sa place une personne dans laquelle je n'ai pas « autant de confiance qu'en lui, j'ai préféré me confier à vous. » Je n'insistai pas ; je ne demandai pas le nom du chirurgien, et je me mis en devoir de soulager le malade, car la rétention d'urine était complète en ce moment. J'enlevai le faisceau de bougies qui avait pénétré à une profondeur de 16 centimètres ; les deux qui avaient été poussées en avant, et que les autres dépassaient de 5 centimètres (deux pouces) environ, n'avaient pas pénétré dans l'obstacle comme on l'avait cru ; elles s'étaient recourbées, et leur pointe était dirigée en haut. Après deux minutes de tâtonnement, et après avoir changé deux fois la courbure du crochet de l'extrémité d'une bougie fine, je parvins à trouver l'ouverture de l'angustie et à la franchir. Dix minutes plus tard, un violent besoin d'uriner s'étant fait sentir, et l'urine ne passant pas à côté de la bougie, je la retirai ; aussitôt un petit jet suivit, assez soutenu pour remplir les deux tiers d'un verre. La même bougie fut réintroduite avec beaucoup plus de facilité que la première fois, et elle put séjourner une heure, avant que le besoin d'uriner se fît de nouveau sentir. La vessie, moins distendue, ayant éprouvé un soulagement par l'évacuation d'une partie du liquide qu'elle contenait, un plein verre fut expulsé. Cependant, la contraction de la vessie n'était pas assez soutenue pour qu'elle pût se vider de la totalité de l'urine : elle formait encore un globe au-dessus du pubis. J'introduisis une petite sonde que je fixai à demeure au moyen d'un lien *serré en arrière du gland sous le prépuce*. Six heures après, je la remplaçai par une plus grosse ; et le lendemain matin, quinze heures après l'introduction de la bougie capillaire, le rétrécissement admettait une sonde du diamètre de 3 millimètres 1/2. Un léger mouvement fébrile et de la sensibilité à l'un des testicules, m'empêchèrent de pousser plus loin la dilatation brusque : je dus même, l'orchite faisant des progrès rapides, enlever tout à fait la sonde et ne m'occuper que de l'inflammation du testicule. L'urine coulant librement par le canal, cette interruption n'eut d'autre inconvénient qu'un retard. Lorsqu'au bout de quatorze jours nous reprîmes le traitement, nous trouvâmes le diamètre du rétrécissement à peu près au point où nous l'avions laissé. Je ne crus pas devoir revenir à la dilatation permanente, à cause de l'impressionnabilité du malade, je m'en tins à la dilatation temporaire graduée, faite pendant une heure chaque jour. Malgré

cette précaution, des accès de fièvre nous forcèrent encore deux fois d'interrompre. Nous arrivâmes cependant jusqu'à 7 millimètres de diamètre. M. C..., que les événements politiques de mai et de juin avaient très vivement ému, voulut absolument quitter Paris et retourner à Brives, sa résidence habituelle, me promettant de maintenir le calibre de l'urètre en passant les bougies tous les quinze jours.

N° 2. — Au mois de mai 1849, un mémoire à consulter me fut envoyé de Londres par M. M..., négociant, auquel donnaient des soins le professeur Lawrence, MM. Guéneau de Mussy et Arduin ; il s'agissait d'un rétrécissement que les bougies ne pouvaient franchir, et d'une fistule urinaire ouverte au périnée. On peut imaginer combien je fus réservé dans ma réponse ; je l'ajournai jusqu'après l'examen du malade que je pourrais avoir prochainement l'occasion de faire, un autre motif devant m'appeler en Angleterre. Dans les derniers jours de juin, je vis, en effet, M. M... en consultation avec les honorables médecins nommés plus haut. M. Lawrence me dit que n'ayant pu franchir l'obstacle, et l'urine coulant encore par un petit jet, il avait pris, depuis trois semaines, le parti d'introduire des bougies jusqu'au rétrécissement, et de les maintenir en contact, mais qu'il avait gagné peu de terrain. Je reconnus, en effet, un rétrécissement dur et comme diaphragmatique ; je m'était muni de bougies capillaires, dont l'usage est encore peu répandu en Angleterre ; je fis un crochet à la pointe de l'une d'elles ; après quelques tâtonnements, elle enfila le passage et parvint jusqu'à la vessie ; comme elle jouait librement, nous en introduisîmes de suite une autre en employant le même artifice ; celle-ci n'étant point encore serrée, une troisième suivit ; et, après un quart d'heure de séjour, elle put être remplacée par une petite *sonde conique en gomme*, autre forme très utile, peu usitée encore parmi les chirurgiens anglais, et que je n'ai point trouvée à cette époque chez les fabricants.

M. Lawrence, avec cette grâce qui rehausse encore un mérite éminent, me demanda de continuer à traiter M. M.... Je m'en défendis, en déclinant l'utilité de mon intervention ultérieure, objectant, en outre, la brièveté de mon séjour en Angleterre, nous convînmes cependant que nous tenterions la *dilatation temporaire brusque*, et qu'elle serait poussée aussi rapidement que possible ; en conséquence, j'augmentai toutes les six heures le calibre des sondes, de telle sorte que le cinquième jour nous en étions à 7 millimètres 1/2 ; à ce moment, je quittai Londres pour revenir en France, recommandant d'introduire les jours

suivants, pendant dix minutes, les trois plus grosses bougies successivement, ce qui fut fait. Le diamètre du passage rétréci se resserra jusqu'à 6 millimètres, et se maintint à ce point, mais la fistule persista. Six mois après, M. M... étant venu à Paris, je cautérisai l'ouverture interne ou urétrale de la fistule avec mon porte-caustique rétrograde à T mobile, que j'aurai occasion de décrire ailleurs. Après deux applications qui eurent lieu en présence de M. le docteur Montalogri, l'occlusion fut complète ; le suintement fut supprimé et ne se montra plus depuis. Quant au rétrécissement, il s'est reformé non pas au point à beaucoup près où il était il y a deux ans, mais assez cependant pour que M. Robert consulté jugeât nécessaire de faire de nouveau la dilatation.

N° 3. — Au mois de février 1848, je reçus de Bonn (provinces Rhénanes) la lettre suivante écrite par le malade :

« Blennorrhagies fréquentes, rétrécissement, nouvelles blennorrhagies, bougies, irritation de la muqueuse de l'urêtre et de la vessie, urines alcalines, puantes, dépôt glaireux, dépôt de phosphate de chaux et de phosphates d'ammoniaque et de magnésie ; dilatation du canal par l'usage des bougies ; irritation du canal augmentée, hæmaturie vésicale, dépôt urineux, fistule urinale au périnée.

« Les urines sortent en partie par la fistule, en partie par le canal naturel ; besoin de pisser seize à vingt-quatre fois pendant vingt-quatre heures. Pendant la miction, le malade porte le doigt dans le rectum ; une portion de glaire s'écoule, puis viennent les urines ; vers la fin encore un peu de glaire, le premier glaire est entremêlé de stries de sang, la quantité de mucus dans les urines varie, de même le dépôts phosphatiques ; les rétrécissement ne permet pas l'introduction d'une bougie n° 1 dans l'urètre ; le malade ne souffre pas beaucoup, il ne se plaint que d'une pesanteur dans le périnée et d'une légère douleur après la miction et dans la vessie.

« *Diagnostic.* — Cystite chronique, inflammation chronique de la muqueuse de la vessie ; blennorrhée vésicale, dépôts de phosphates de chaux, d'ammoniaque et de magnésie ; point de douleurs ni au périnée, ni à l'extrémité du gland ; en explorant le rectum, on ne trouve pas de gonflement de la prostate et l'on ne peut pas sentir de pierre dans la vessie. Comme l'accroissement des pierres phosphatiques est très rapide et cette espèce de pierre est la seule dont il se pourrait agir chez notre malade, l'existence d'une pierre reste douteuse ; le seul symptôme pour l'existence d'une pierre est que le malade ne supporte pas bien

le mouvement de la voiture et que ces mouvements augmentent l'ématurie.

« Vu l'irritation excessive du conduit urinaire, laquelle date depuis longtemps et la cystite chronique :

« 1° Doit-on essayer, de nouveau, la dilatation du conduit urinaire pour la guérison du rétrécissement et de la fistule, et pour parvenir au *diagnostic de la pierre ?*

« 2° Croit-on la dilatation nécessaire pour la guérison de la fistule urinaire, ou pourra-t-on attendre la guérison par la nature? »

Je répondis qu'avant tout il était indispensable pour toute espèce de motifs de rétablir le calibre de l'urètre autant que faire se pourrait. M. S... se rendit en conséquence à Kölnn (Cologne), près de l'un des premiers chirurgiens de l'Allemagne, M. Fischer qui, après un mois de soins assidus, n'avait pu parvenir à franchir l'obstacle situé au-devant de l'orifice interne du trajet fistuleux. Il donna, avec la candeur et la modestie qui le distinguent, le conseil d'avoir recours à moi. L'état fébrile habituel du malade, et plus encore la sortie de l'urine par la fistule à chaque miction, c'est-à-dire toutes les heures, rendant son transport à Paris presque impossible, je me déterminai à faire moi-même le voyage de Cologne. M. Fischer et moi partagions le même avis sur l'absolue nécessité de pénétrer avec une sonde jusqu'à la vessie, toutefois nous inclinions l'un et l'autre vers les moyens les plus innocents. Il fut donc arrêté qu'avant de venir au cathétérisme forcé, à une incision ou à une ponction, je tenterais de faire pénétrer une bougie. M. Fischer me montra celles qu'il avait employées ; j'en avais apporté de plus fines que celles qu'il possédait ; cette différence de volume était une chance en ma faveur. Toutefois, la ténuité n'était pas ici la seule condition pour réussir, les bougies droites capillaires vinrent buter contre l'obstacle sans s'y engager, et ce ne fut qu'après avoir tortillé et coudé en divers sens la pointe de quelque-unes et les avoir présentées légèrement aux différents points de la circonférence de l'espèce de diaphragme que je parvins à rencontrer l'ouverture excentrique de l'angustie ; la bougie une fois engagée dans le défilé, en suivit les sinuosités sans résistance et parvint à la vessie. Nous la fixâmes à demeure par un lien court noué autour de la base du gland ; après trente-six heures de séjour, nous en présentâmes une autre, celle-ci fut admise avec une si grande facilité, que nous en introduisîmes immédiatement deux autres de plus en plus grosses ; nous essayâmes ensuite une petite sonde en gomme de deux millimètres et demi, celle-ci traversait l'ob-

stacle, mais arrivée dans la région prostatique, elle était arrêtée et ne pouvait franchir le col probablement déjeté et déformé ; heureusement que je me trouvais paré contre cette éventualité, je pris une de mes petites *sondes coudées, flexibles,* et au même instant elle pénétra jusqu'à la vessie. Nous continuâmes à grossir le volume des sondes de huit heures en huit heures à peu près. Le quatrième jour, il nous fut possible d'introduire une sonde métallique et d'explorer la vessie, dans laquelle nous ne trouvâmes pas de pierre. Je quittai Cologne le même jour, laissant à M. Fischer le soin de compléter la dilatation. J'ai reçu plusieurs fois depuis des nouvelles de M. S..., la fistule s'est fermée, le catarrhe de vessie a disparu, la santé générale s'est raffermie, et M. S... a repris à Bonn la direction de l'important établissement qu'il était sur le point d'abandonner.

N° 4. — En 1848, je parlais à M. Malgaigne de l'utilité du tortillement des bougies fines : « J'ai précisément dans mon hôpital, me répondit-il, une occasion d'en faire la démonstration. » Le lendemain, je me rendis à St-Louis, où je vis un homme de 60 ans environ, auquel six semaines auparavant la ponction de la vessie avait été pratiquée, après des tentatives inutiles et répétées d'introduction de sondes et de bougies; la rétention d'urine n'était cependant pas complète, lorsque cette ponction fut pratiquée, mais elle était bien près de l'être, l'urine ne coulait plus que par une succession de gouttes; elle était muqueuse et puante, et les symptômes de fièvre urineuse commençaient à se montrer. Ajoutons que M. Malgaigne ne partage pas, au sujet de la ponction de la vessie, les appréhensions généralement répandues, les résultats qu'il a obtenus sont en effet de nature à les diminuer. La ponction hypogastrique fut donc pratiquée et pendant dix jours l'urine coula par la canule, les symptômes de résorption urineuse cessèrent, l'urine devint limpide ; pendant ce laps de temps quelques tentatives de cathétérisme furent faites, mais le passage fut refusé aux sondes et aux bougies, cependant le repos de l'urètre, la cessation du passage d'une urine ammoniacale irritante, la suspension de la turgescence du canal produite par les efforts renouvelés soixante fois le jour, pour expulser ce liquide, avaient favorisé le dégorgement des tissus, de telle sorte que lorsqu'on bouchait la canule, l'urine passait par l'urètre en abondance et par un petit jet. Cette amélioration continua pendant une quinzaine de jours après l'extraction de la canule et l'occlusion de la plaie de l'hypogastre, mais ensuite les choses revinrent au même point qu'auparavant, l'urine ne coula plus par jet, elle redevint muqueuse, ammoniacale, et

M. Malgaigne, après de nouvelles tentatives d'introduction de sondes et de bougies de toute grosseur, était sur le point de faire pour la seconde fois la ponction de la vessie.

Nous explorâmes l'urètre du malade, et je reconnus l'impossibilité de fanchir l'obstacle avec les sondes et les bougies ordinaires ; je tortillai en spirale l'extrêmité d'une petite bougie, je l'introduisis jusqu'à l'obstacle, mais elle ne put d'abord y pénétrer ; je priai M. Malgaigne de me laisser chercher à mon aise l'ouverture de l'angustie et de continuer sa visite ; ce ne fut qu'après avoir tâtonné un quart d'heure environ et avoir dix fois changé la courbe de la spirale et du crochet de sa pointe que j'enfilai le passage et parvins dans la vessie. La bougie n'était nullement serrée, elle jouait librement, ce qui démontrait bien qu'il y avait plus de déviation encore que d'étroitesse.

Cependant comme l'urine coulait entre l'urètre et la bougie plus librement qu'avant son introduction, M. Malgaigne pensa, et je partageai cette opinion, qu'il était plus sage de la fixer à demeure pour dégorger par son contact, plus encore que par sa pression, les parties épaissies et saillantes de l'urètre.

Le lendemain je substituai, sans la moindre difficulté, une bougie un peu plus forte à celle qui avait séjourné vingt-quatre heures ; celle-ci jouant librement dans l'urètre, j'en fis succèder une troisième, puis après cinq minutes de séjour, une quatrième, puis enfin au bout d'un quart d'heure une petite sonde conique en gomme, par laquelle l'urine put s'écouler jusqu'à complète évacuation de la vessie. La dilatation permanente fut continuée jusqu'à la sonde de 6 millimètres (3 lignes de diamètre) que l'on ne dépassa pas à cause de l'irritation urètrale qui survint. Lorsque la sonde fut enlevée, le malade urinait largement par un jet fort, quoiqu'aplati. J'ignore ce qu'il est devenu.

N° 5. — Dans le même temps, je fus appelé par M. Dubouchet, pour voir avec lui un boucher des Batignolles, dans les circonstances suivantes : depuis six ans il urinait avec une difficulté croissante, jusqu'à ce qu'enfin une rétention d'urine complète se déclara. Un médecin, après des tentatives nombreuses et prolongées de cathétérisme, fit appeler M. Dubouchet qui, jugeant le cas fort grave, réclama mon intervention. Le malade n'avait pas uriné depuis quarante heures lorsque je le vis. Je présentai une sonde de moyen calibre, sans mandrin et sans le moindre effort elle pénétrait à une profondeur de 19 à 20 centimètres, mais elle abandonnait l'urètre à la hauteur du bulbe et s'inclinait à droite vers la branche de l'ischion. Je cherchai à retrouver le passage naturel, ce que déjà M. Dubouchet avait essayé de faire

avec précaution, mais je ne pus y parvenir. Les douleurs éprouvées par le malade étaient atroces, la rupture de la vessie ou des parties profondes de l'urètre était imminente ; la ponction de la vessie nous parut indispensable, je la pratiquai au-dessus des pubis et il s'ensuivit un soulagement immédiat. Une saignée générale, une application de sangsues, des bains, des cataplasmes furent mis en usage pour prévenir l'inflammation, que la complexion athlétique du sujet devait nous faire redouter. Grâce à cette médication, il n'y eut aucun accident. Je priai M. Malgaigne de venir voir ce malade : il le fit le cinquième jour après la ponction. Il pensa que le repos absolu de l'urètre pendant ce temps avait dû amener le dégorgement des parties tuméfiées, ainsi que la cicatrisation de la fausse route, et que le moment était venu de tenter le cathétérisme. En conséquence, une petite sonde de gomme fut présentée, qui vint buter contre l'obstacle ; il en fut de même des bougies fines droites ; une petite sonde métallique introduite avec précaution et tenue appuyée contre le rétrécissement donnait à la main la sensation d'une résistance produite par un diaphragme transversal sans ouverture. Enfin la bougie tortillée, essayée à son tour, ne nous fit pas défaut : après une minute environ de tâtonnement, elle enfila l'angustie et parvint jusqu'à la vessie, elle fut fixée à demeure, remplacée le lendemain par une plus grosse, puis par une sonde : celle-ci fut tenue débouchée pendant les douze heures qui suivirent l'extraction de la canule, afin de prévenir toutes les chances d'infiltration. Dix jours plus tard une sonde de 8 millimètres pénétrait d'emblée, le malade urinait par un jet ample et fort. La guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour.

N° 6. — M. S., des États-Unis, urinait depuis plus de dix ans par un jet très petit et en arrosoir, ce qui est un indice d'un degré très avancé de rétrécissement, plusieurs chirurgiens très habiles, américains et anglais, avaient inutilement essayé de pratiquer le cathétérisme avec des sondes ou des bougies ; aussi, M. S... était-il tellement persuadé de l'inutilité de toute tentative ultérieure, qu'il commença par repousser la proposition que lui fit le docteur Bertin de se confier à mes soins ; cependant il finit par céder à ses pressantes sollicitations. J'explorai le canal de M. S... au mois d'août 1850, et je reconnus un de ces rétrécissements comme diaphragmatiques, dans lesquels la pointe des bougies droites les plus fines ne s'engagent même pas. Je présentai des bougies capillaires tortillées ; mais après une demi-heure de tâtonnement, j'y renonçai pour ce jour-là, n'ayant plus de temps disponible. Le lendemain, je recommençai mes tenta-

tives, variant les formes de la spirale et du crochet ; enfin, après un quart d'heure, j'enfilai le détroit, et je fis parvenir jusqu'à la vessie la bougie qui jouait librement et n'éprouvait aucune constriction. Je me gardai cependant de chercher à lui en substituer une plus grosse, je savais, par expérience, lorsqu'on ne réussit pas dans cette substitution combien il arrive souvent que la première bougie n'est plus admise ; je la fixai à demeure par un lien noué autour de la base du gland sous le prépuce ; mais dans la nuit, elle fut chassée par l'urine. Le lendemain, il me fallut encore vingt minutes de tentatives, de mouvements légers d'avant en arrière combinés avec la rotation entre les doigts avant de retrouver le passage. M. S... comprit mieux cette fois la nécessité du séjour de la bougie ; aussi, prit-il grand soin de l'empêcher de sortir dans l'acte de la miction. Je la laissai trente-six heures en place, afin de bien ramollir les tissus indurés, après quoi, je pus introduire successivement, dans l'espace de cinq minutes, trois bougies de plus en plus grosses, puis une petite sonde dont le tube fut tenu fermé avec un bouchon d'ivoire. Les sondes furent ensuite changées et augmentées de calibre matin et soir, en sorte que le sixième jour un diamètre de 8 millimètres (4 lign.) était admis sans difficulté. Après un repos de deux jours, l'introduction quotidienne de grosses bougies, une demi heure à une heure durant, eut lieu pendant une semaine pour maintenir la dilatation obtenue. M. S... a voyagé en Italie pendant un an ; je l'ai sondé à son retour. Le calibre de l'urètre avait un peu diminué, mais en trois heures je l'ai ramené à 7 millimètres par l'introduction d'une succession bien graduée de bougies.

Les faits qui viennent d'être relatés, suffisent pour montrer que la manœuvre si simple, si peu brillante de la torsion des bougies, peut cependant sauver la vie dans certains cas, et dans d'autres faciliter la guérison de rétrécissements réputés incurables. L'espace me manque pour montrer en action, par la narration, d'autres faits, diverses nuances du procédé, applicables à certaines variétés d'angusties. Ces observations seront publiées *in extenso* ; je me contenterai, pour clore cet article, de citer les noms des médecins et chirurgiens sous les yeux desquels le moyen que j'indique a été appliqué.

Dans quatre hôpitaux de Paris, 19 cas dont 7 à la Charité, dans le service de M. Rayer, constatés par M. Rayer lui-même, MM. Bernard, Cazeaux, etc. A l'Hôtel-Dieu, 5 cas dans le service de E. Boyer. A Beaujon, 7 cas dans les salles de MM. Huguier et Robert. A Saint-Louis, 2 cas dans le service M. Malgaigne, en comptant celui que j'ai relaté.

On pourrait s'étonner de voir tant de rétrécissements de même nature réunis dans cinq services, si je ne disais qu'ils avaient été choisis dans le nombre de ceux qui s'étaient présentés à la consultation pour les maladies des organes urinaires dont je suis chargé à l'administration centrale des hôpitaux, et qu'ils avaient été admis dans le but de vérifier les résultats des procédés ou modifications de procédés que j'ai proposés.

Sur les malades traités hors des hôpitaux, la difficulté ou l'impossibilité du cathétérisme avaient été rencontrées ou constatées par MM. Roux, Ricord, Civiale, Jacquemin, Thierry, Berrhier-Fontaine, Berton, Denis, Diday, Fossati, Souchard, Teallier, Tournié, Chambay (d'Alençon), Depal (de St-Étienne), Ouvrard (d'Angers,) Rolland (de Toulouze), etc.

IX. Maladies syphilitiques.

18. *Pourquoi certaines uréthrites ne guérissent pas?* par M. Boyé, docteur en médecine à Epinal.

(Gazette médicale de Strasbourg, N° 10, octobre 1851.)

Certaines uréthrites ne guérissent point parce qu'on n'a pas étudié leur étiologie ; et par ce mot étiologie on ne doit pas entendre seulement l'examen des *causes prochaines* de la maladie, mais encore celui des causes éloignées, celles surtout qui préparent de longue main le développement d'une affection.

Or, une des causes d'urétrite, je ne dirai pas commune, puisqu'elle n'est pas mentionnée par les auteurs, mais beaucoup plus fréquente que ne semblerait le faire croire cet oubli né d'un défaut d'observation, c'est la diathèse scorbutique. Swediaur, Alibert, Requin avaient déjà signalé la diathèse goutteuse, mais les faits étaient tellement rares et l'attention si peu éveillée, qu'on n'y avait pas pris garde et qu'on n'imaginait pas que toute autre diathèse pût amener et surtout entretenir l'urétrite.

L'école et la clinique apprennent bien qu'un coït impur n'est pas la seule cause capable de faire naître la blennorrhagie, mais la maladie même vénérienne étant considérée comme une inflammation ayant un principe spécial, on a pensé que dans tous les cas le traitement serait le même, et qu'il ne fallait que suivre une méthode soit spécifique, soit antiphlogistique. De là le trai-

tement par le cubèbe et le copahu, par les injections au sulfate de zinc ou tout autre astringent, par le nitrate d'argent, d'après la méthode ectrotique de Debeney ou tout autre procédé abortif.

De l'idée d'une diathèse goutteuse comme cause de certaines urétrites à celle d'une diathèse scorbutique, il n'y avait pourtant qu'un pas, et ce n'est ni le raisonnement ni l'analogie qui ont mis sur la voie, il a fallu que l'observation directe vint constater le fait.

Je me garderai bien d'écrire ce que l'on appelle une *observation*, je sais trop que cette manière de faire de la science n'est du goût de personne, et ne profite guère à ceux qui ont le courage de lire tous ces fastidieux détails. J'aime mieux donner le résultat de mes études et appeler l'attention de mes confrères sur un point important, heureux si je leur sauve un mécompte, si je leur aide à guérir un malade.

J'ai observé environ vingt-six cas d'urétrite scorbutique, et chaque fois le diagnostic de la maladie était pour ainsi dire écrit sur la muqueuse urétrale. Dans les chaudepisses franchement inflammatoires, la muqueuse est rouge ou rosée ; dans quelques cas exceptionnels , elle est plus pâle que dans l'état normal. M. Küss, professeur à la faculté de Strasbourg, a pu constater le fait ; dans les urétrites chroniques elle a repris en général sa couleur naturelle ; dans l'urétrite entretenue par la diathèse scorbutique, la muqueuse est d'un rouge brun et comme piquée de petites taches blafardes. La surface que l'œil observe est trop petite pour pouvoir en donner une bonne description, mais qu'on se rappelle les ulcérations d'une muqueuse entretenue par le vice scorbutique, l'état des gencives, par exemple, chez les sujets où s'est établie cette cachexie, leur couleur, leur aspect fongueux, leur teinte violacée, et l'on aura une idée de l'aspect de l'urètre dans la maladie qui nous occupe.

Il est rare qu'un sujet atteint d'urétrite scorbutique n'offre pas quelques autres altérations dues à la même cachexie. Ainsi l'on trouve quelquefois sur la verge ou sur la peau du scrotum des taches ou des tumeurs fongueuses d'un petit diamètre entièrement rebelles à toute espèce de traitement local ; mais l'altération la plus commune est sans contredit celle des gencives qui ont cette teinte rouge brun, cette mollesse, cette tuméfaction et cette facilité à l'hémorrhagie que chacun sait. Si cet état n'existe plus, on le retrouve toujours dans les antécédents du malade.

Dix-neuf fois sur vingt-six, j'ai trouvé l'urétrite scorbutique chez des sujets jeunes, forts, robustes, présentant plus que tout autre le tempérament sanguin. La maladie n'avait point encore

amené cette débilité générale signalée par les auteurs. Les malades étaient de toutes les classes et de toutes les professions, hommes de cabinet, artisans, manœuvres, et aucun d'eux n'imaginait avoir affaire qu'à une vieille chaudepisse, quoiqu'en général les malades donnent une grande attention aux causes occasionnelles, et soient disposés à rapporter à un principe délétère inné, introduit ou développé dans l'organisme, les accidents dont la médecine ne peut avoir raison.

Si j'ai donné ces détails, c'est surtout pour expliquer comment la diathèse scorbutique peut si souvent entretenir l'urétrite et rester méconnue malgré sa fréquence. C'est qu'en effet elle se larve, et l'on prend alors pour une urétrite chronique simple une manifestation ordinaire du scorbut ; il n'est pas rare alors de voir se calmer les accidents dont les malades s'étaient plaints du côté des gencives ; les symptômes extérieurs se sont déplacés.

Chaque diathèse n'a pas seulement ses caractères généraux, mais elle a encore son phénomène pathologique apparent, sorte de bourgeon qui indique la végétation cachectique qui ruine le le malade. La scrofule se révèle par l'engorgement glandulaire, le scorbut par la tuméfaction, la fongosité, la couleur violette, la mollesse, le saignement des gencives à la moindre pression.

Cet état est tout à la fois le phénomène morbide qui trahit l'état de la constitution et peut-être le moyen curatif employé par la nature pour sauver le malade, car il n'est pas prouvé que ces phénomènes apparents ne soient pas un diverticulum, une espèce de cautère naturel que l'organisme établit et dont il se sert tant qu'il en est besoin. Seulement il peut arriver qu'il se déplace ; une inflammation vive portée sur une muqueuse douée d'une grande sensibilité comme est celle de l'urèthre, peut être le point de départ d'une transformation dans la sécrétion de l'organe, d'une transformation du tissu lui-même ; l'urètre alors revêt les caractères de tissu où le scorbut, la cause interne, vient faire apparition à l'extérieur. Au fur et à mesure que la muqueuse urétrale devient malade, on voit souvent les gencives s'affaisser, s'affermir, se dégorger, ne plus fournir, comme avant, une sécrétion abondante, ne plus saigner au moindre contact.

L'ulcère révélateur, manifestation de la diathèse morbide, s'est déplacé ; il y a eu là une véritable métastase, un transfert, un changement dans le siége de la maladie, sans aucun changement dans la maladie elle-même.

Ceci n'est point une théorie, c'est un fait, et un fait facile à vérifier. Il est donc en effet indispensable d'étudier l'étiologie de

la gonorrhée, afin de sortir des banales habitudes d'un traitement qui ne mène à rien.

Les lésions anatomo-pathologiques de l'urètre m'ont paru extrêmement variées. Chez quelques malades, tout se bornait à un changement de couleur de la muqueuse, et la douleur par eux accusée ne dépassait guère le méat urinaire; cette lésion existe toujours. Chez d'autres, il y avait à l'introduction de la sonde une sensibilité de tout l'organe, quoiqu'en général l'atonie soit le caractère de cet état morbide. Chez quelques-uns, on sentait, en suivant avec le doigt le canal rempli par la sonde, des irrégularités, de l'empâtement, des nodosités constituant des rétrécissements plus ou moins marqués.

La maladie est toujours de longue durée, elle récidive facilement. Il ne faut pas accorder de confiance aux guérisons obtenues rapidement. Peu de temps après la cessation complète de tous les accidents, on les voit tout à coup réapparaître et vous ramener au point de départ. On s'explique assez bien ces bizarres intermittences, quand un malade a été subitement soumis à un traitement actif et complétement différent de celui qu'il suivait. L'organisme éprouve une perturbation profonde ; il suit pour ainsi dire de vive force la voie dans laquelle le médecin l'engage. Cet état dure tant que l'agent thérapeutique employé conserve sa vertu; mais du jour où il a perdu sa puissance, où l'économie s'y est accoutumée, l'*impulsus* primitif reprend le dessus, et toutes les vieilles manifestations se reproduisent. De là la nécessité de varier les agents thérapeutiques.

Il serait superflu d'indiquer le traitement, si l'on pouvait admettre comme toujours applicable ce qu'ont écrit les auteurs sur la thérapeutique du scorbut ; ce traitement d'ailleurs présente de singulières contradictions. Ainsi, bien qu'on s'accorde généralement à reconnaître deux espèces de scorbut, on englobe les deux maladies dans les mêmes préceptes curatifs. On préconise tantôt le régime végétal exclusif, tantôt l'usage du citron, de la pomme de terre, tantôt le déplacement des sujets, tantôt une alimentation par les principes toniques, viandes, alcools, vins vieux, vin de quinquina, etc. Il est assez difficile de trouver sa route au milieu de ces recommandations contradictoires, d'autant plus difficile qu'il n'est pas, disons-le tout de suite, d'agent spécialement antiscorbutique.

Le meilleur est, je crois, de considérer la maladie comme une diathèse débilitante, et d'agir d'après ce principe en adoptant la thérapeutique à l'idiosyncrasie de chaque sujet.

En général, mes malades portaient depuis longtemps une vieille

chaudepisse. Chez les uns, c'était une simple goutte militaire ; chez d'autres un suintement qui, deux ou trois fois par an, reprenait brusquement le caractère d'une urétrite nouvelle et violemment inflammatoire; chez quelques-uns enfin, l'écoulement était accompagné d'ulcération de la muqueuse, du gland ou du prépuce, ayant tous les caractères du scorbut. Presque tous avaient suivi plusieurs traitements, s'étaient mis entre les mains des médecins et (ils l'avouaient avec dépit) entre celles de cette nombreuse classe de guérisseurs aux antidotes infaillibles; ils avaient courageusement renoncé à toutes leurs habitudes pour prendre un régime de diète et d'abstinence, dans l'espoir toujours déçu de tuer cette inflammation si opiniâtre.

La première prescription a porté sur le régime. J'ai voulu que le malade prît une alimentation réparatrice, le potage gras, les rôtis, le vin, les légumes, les mets de haut goût; je n'ai fait de proscription que pour les alcools, le café et la bière; j'ai défendu également les grands bains tièdes. J'ai employé à l'intérieur surtout le jus de cresson à la dose d'un grand verre chaque matin à jeun ; une heure après je fais prendre quatre capsules de copahu. J'ai en effet observé plusieurs fois que le jus de cresson produit une véritable congestion de tout le système vasculaire de la tête, et que cet effet n'apparaît pas quand on prend concurremment quelques capsules de copahu. A l'intérieur encore, j'ai donné les sels de fer et de manganèse. le sirop de bourgeons de sapin et de Tolu additionnés d'iodure ou de bromure de potassium. Les bains de rivière dans la belle saison ont toujours été avantageux.

Voilà en somme les bases et les moyens du traitement médical que l'on peut varier à l'infini.

Dans un tiers des cas il a fallu recourir aux cautérisations avec le nitrate d'argent à l'aide de la sonde de Lallemand. Ces cautérisations sont en général peu pénibles : on introduit le porte-caustique environ à sept ou huit centimètres de profondeur ; il est rare qu'au delà de ce point le malade accuse de la douleur. On cautérise alors circulairement et d'une manière rapide dans l'étendue de deux à trois centimètres. Le lendemain le malade a de l'hématurie; le surlendemain on fait une seconde cautérisation, en se rapprochant du méat urinaire. Les phénomènes d'hématurie se reproduisent, mais ne durent guère au delà de vingt-quatre heures et d'une façon peu marquée. On arrive enfin à la hauteur du gland où l'action du caustique doit être plus énergique, puis on cautérise le canal dans toute la longueur soupçonnée de maladie. Il faut quelquefois dix ou quinze cautérisations unies au traitement interne pour avoir raison d'une urétrite entre-

tenue par la diathèse scorbutique. Je crois qu'il est indispensable, quand on arrive au traitement chirurgical, de prévenir le malade que le succès est attaché à sa persévérance.

J'ai dit succès et j'ai eu tort; deux de mes malades traités avec soin, dociles au traitement prescrit, n'ont éprouvé que de l'amélioration dans leur état, amélioration si minime que ces deux cas sont, en réalité, deux échecs.

J'ai déjà dit que l'affection est de longue durée; je dois ajouter que le traitement a dû être suivi en moyenne trois mois et chez plusieurs un an. J'ai perdu de vue quelques sujets; les autres restés dans le cercle de mon observation sont bien guéris.

Je n'ai parlé jusqu'à présent que des hommes; ce n'est pas que je n'aie souvent observé les mêmes altérations de tissu chez la femme; mais chez elle la maladie n'a pas la même gravité, on sait pourquoi.

Je me résume : l'urétrite scorbutique, quoique non mentionnée, est une maladie assez commune. C'est une inflammation spécifique que rend plus grave une diathèse contre laquelle les agents thérapeutiques sont peu puissants.

En supposant mieux connue la nature de la diathèse, et posées les bases du traitement, il reste encore un vaste champ au génie du médecin pour combattre une affection dont les retours sont si fréquents, la cure radicale si difficile. Le traitement interne devra être énergique, les médicaments variés, les soins hygiéniques constants, l'alimentation réparatrice.

Le traitement par le caustique, quond on en vient à ce dernier moyen, devra être continué avec persévérance, sauf contre-indication formelle.

XII. Généralités.

19. *De la syphilisation ou vaccination syphilitique*; par le docteur Auzias-Turenne.

Suite : *voir* t. VIII, août 1851, p. 157; t. IX, septembre p. 206.
(Archives générales de médecine, août 1851.)

Septième série d'expériences et d'observations.

Le sujet est une vieille femelle de magot; cette espèce, on le sait, est très grosse, et par conséquent la tête de notre animal est très volumineuse; ses tissus paraissent abreuvés de fluides, mais il n'y a pas d'infiltration. Il existe sur son dos, et ailleurs,

des cicatrices et des croûtes, qui viennent de morsures faites par d'autres singes. La santé de ce magot est excellente ; il n'a ni toux, ni diarrhée.

J'emprunte du pus à un malade du service de M. Ricord ; ce malade est porteur de deux chancres non indurés de la verge, et de plusieurs chancres inguinaux, qui résultent de l'inoculation accidentelle de plusieurs piqûres de sangsues. Ce sont ces derniers qui fournissent le pus ; mais celui-ci n'étant pas très abondant, je suis obligé de le délayer dans de la salive avant l'opération. 21 juillet 1850, inoculation à l'hélix de l'oreille droite. . . .

Toutes ces inoculations (il s'agit des dernières) ont échoué ; l'animal est syphilisé. Je prends le parti de l'abandonner à lui-même, pour ne pas le tourmenter.

Cette série d'expériences met en lumière, indépendamment de la *syphilisation*, plusieurs circonstances importantes, parmi lesquelles je ne mentionnerai que celles qui suivent :

1° Un chancre composé, c'est-à-dire résultant de la fusion de plusieurs chancres, est plus long à se cicatriser, toutes choses étant égales d'ailleurs, qu'un chancre simple.

2° Plusieurs chancres simultanés peuvent conduire à la *syphilisation* sans induration apparente.

3° Comparons une partie de la première série à une partie de cette septième série. Le premier chancre de la première série résulte de la fusion de deux chancres, et le deuxième chancre est simple. Dans cette septième série, au contraire, c'est le deuxième chancre qui est composé, tandis que le premier est simple ; dans les deux cas, c'est le chancre composé qui est le plus long à se fermer, même dans le second cas, où un chancre précédent a déjà dû commencer la syphilisation ; cela est à l'appui de la proposition, et tend à établir, en outre, que plusieurs chancres confondus conduisent mieux qu'un seul chancre à la *syphilisation*. Il pourrait donc ne pas être indifférent de multiplier les chancres sur un seul individu, à moins qu'on n'ait pour but de le syphiliser complétement.

Addition. Ce singe est mort de vieillesse le 27 février 1851 ; ses fonctions se sont insensiblement éteintes. J'en ai fait l'autopsie minutieuse, et je n'ai rien pu découvrir d'anormal qu'une certaine quantité de sérosité arachnoïdienne. Je ne me sens pas le courage d'imposer à personne la lecture du long procès-verbal négatif que j'ai dressé de cette autopsie.

Huitième série d'expériences et d'observations.

Le 19 juillet 1850. Le sujet est une jeune chatte âgée de 3

mois, et bien portante. J'emprunte le pus au chancre mastoïdo-auriculaire gauche supérieur du singe de la sixième série, pour pratiquer trois inoculations espacées à la face externe du pavillon de l'oreille droite. . . . . .

Cette série, combinée à d'autres faits précédents, démontre, entre autres choses :

1° La transmissibilité du virus syphilitique au chat, au chien, et au bouc.

2° L'*inaltérabilité* du virus dans ces transmigrations. Ce virus passe de l'homme au singe, de celui-ci au chat, du chat au chien et à l'homme; de l'homme, il passe de nouveau au singe, et puis, du singe, il passe au bouc. Le virus syphilitique et le chancre restent indentiques à eux-mêmes, au milieu de cette longue génèse.

Addition du 28 *avril* 1851. Cette chatte, que j'ai fort bien nourrie, a été néanmoins mal portante jusqu'à présent ; elle a notamment éprouvé, durant tous le mois de novembre, et une partie de celui de décembre, une extinction de voix accompagnée de chûte de poils, et plus tard, une ophthalmie des deux yeux. Aujourd'hui elle porte un chancre labial, et plusieurs croûtes en forme de croissant sur le front.

Ce n'est pas la première fois que je remarque des ophthalmies, et des extinctions de voix (symptomatiques, sans doute, d'ulcérations à la gorge) chez les animaux qui ont eu des chancres ; il en est de même dont les yeux se sont totalement vidés par une sorte de fonte purulente. Je renvoie les détails à l'étude que je ferai plus tard de la vérole constitutionnelle des animaux.

La chatte en question est mère de quatre petits, dont je donnerai ailleurs l'histoire.

Neuvième série d'expériences et d'observations.

Le sujet de cette série est un bouc, auquel j'ai fait plusieurs fois des inoculations, tantôt suivies, tantôt non suivies de succès, en empruntant du pus aux ulcérations d'un singe qui était dans le même local. J'avais fait primitivement ces inoculations à la face externe du pavillon de l'oreille, dont la peau est chez le bouc, dure, noirâtre, et peu pourvue de vitalité ; c'est donc un lieu où la suppuration ne saurait être abondante. Ces inoculations étaient d'abord tentées comme essais, et je n'ai pris des notes régulières qu'à dater du 13 août 1850.

On voit que le bouc a reçu son chancre d'un singe ; celui-ci l'avait lui-même reçu d'un chat, qui le tenait d'un autre singe.

C'est à cause de ces transmissions successives, que je publie cette série, dépourvue d'aucun autre intérêt.

Je supprime à dessein plusieurs autres observations, pour ne pas surcharger mon travail. Je demande pardon au lecteur des détails longs et fastidieux de toutes ces expériences. Personne, sans doute, ne pourra lire en entier les pages qui précèdent; mais chacun, au besoin, pourra les consulter, et en contrôler les particularités.

Engorgement des ganglions lymphatiques.

Il n'est pas fait mention, dans tous ces détails, de ganglions lymphatiques engorgés. Ce n'est pas qu'ils aient manqué d'une manière absolue ; mais le petit volume habituel de ces organes, chez les singes, la profondeur des ganglions carotidiens, dont se trouvent, en général, tributaires (car je fais abstraction des petits ganglions isolés de voisinage) les vaisseaux des régions sur lesquelles j'expérimentais, et l'indocilité des animaux, ont dû me rendre très circonspect, sous ce rapport, dans le récit de mes expériences. Je n'aurais pu d'ailleurs que très difficilement faire contrôler mes assertions.

Analyse de la syphilisation.

Après l'exposé que je viens de faire des faits, il ne me sera pas difficile de définir et de décrire de manière à ne laisser des doutes dans l'esprit d'aucun lecteur, cette sorte de modification de l'organisme par le virus syphilitique, que j'ai désignée sous le nom de *syphilisation.* Il me suffira de laisser parler les observations qui précèdent. Je n'attache pas à ce mot une signification assez nette, pour prétendre qu'il pénètre au fond des choses, et exprime dans son essence le phénomène dont il s'agit. La physiologie et la pathologie ne se prêtent malheureusement pas à une aussi exacte précision. Je ne puis pas, par exemple, décider si le mot *syphilisation* doit impliquer l'idée d'une impression produite sur le système nerveux plutôt que celle d'une imprégnation particulière des humeurs. D'autres théories ont déjà été proposées. Sans connaître à fond l'état dans lequel nous place la *vaccination* ou l'*inoculation de la variole*, ne savons-nous pas que cet état nous exempte, pendant un certain temps, de la *contagion varioleuse* ? Il en est de même, quant à la syphilis, de l'état que j'appelle *syphilisation* ; l'animal *syphilisé* se trouve à l'abri de toute *contagion syphilitique.* Il n'est pas un singe qui se soit montré jusqu'ici dépourvu de *syphilisme*, c'est-à-dire de l'aptitude à être *syphilisé*

Je n'ai pas à ma disposition un nombre de faits suffisants pour qu'il me soit possible de faire l'histoire complète de la *syphilisation*. Voici pourtant quelques résultats :

1° *Rapports de la syphilisation avec le volume de l'animal.* Un animal est d'autant plus difficile à *syphiliser*, qu'il est plus gros ; combien par conséquent, l'homme ne doit-il pas être plus difficile à *syphiliser* qu'un petit singe ?

2° *Rapports de la syphilisation avec le nombre des chancres.* Elle est en raison directe du nombre des chancres ; en effet, on obtient d'autant plus rapidement la *syphilisation*, que ceux-ci sont plus nombreux, toutes choses étant égales d'ailleurs. Il est rare qu'entre un très grand nombre de chancres, il n'y en ait pas au moins un qui *s'indure*. Or, quand l'*induration* d'un chancre s'est produite chez un animal, la cicatrisation de ce chancre et de ceux qui viennent après lui se fait promptement. Les chancres sont, en général, lents à se produire, après que l'induration s'est manifestée ; elle indique bien moins un état local qu'un état général de l'économie. C'est parce qu'il n'est pas fréquent qu'un animal arrive à la *syphilisation* sans avoir passé par le chancre induré, que j'ai écrit au commencement de ce mémoire et ailleurs, que l'*induration est la règle et non l'exception*. Je ne nie pas que, un individu étant porteur de plusieurs chancres, une sorte de dissémination (1) de l'induration ne puisse la rendre imperceptible, ou même qu'elle puisse manquer totalement.

3° *Rapports de la syphilisation avec l'étendue des chancres.* Ces rapports n'existent pas d'une manière absolue ; mais la *syphilisation* ralentit l'activité et, par conséquent, l'extension des chancres est donc, d'une manière générale, en raison inverse de la *syphilisation* et du *syphilisme*. L'*élévation de la base* des chancres, leur *induration*, et leur *avortement*, témoignent des progrès et des différentes phases de la *syphilisation*. Ils indiquent que les portes de l'organisme se ferment à l'absorption, ou que celui-ci se refuse à l'impression particulière du virus syphilitique. Le vrai *phagédénisme* (il ne saurait être ici question du phagédénisme dit gangréneux, ou par excès d'inflammation) dénote, au contraire, que le chancre inocule vigoureusement son pourtour. Dans le *phagédénisme*, de nouveaux chancres s'ajoutent, pour ainsi dire, à ceux qui existent déjà, et se confondent avec leur circonférence. *Avortement*, *induration*, *élévation de la base*, *phagédénisme*, tous ces phénomènes, complétement indépendants de

(1) Est-ce la dissémination ou le passage rapide d'un état à un autre qui éclipse le phénomène ? Signalons le fait, et soyons sobre d'explications.

la nature du pus, qui est toujours identique à lui-même, sont exclusivement sous l'influence d'un état général ; aussi les fauteurs de la doctrine du *loup renfermé dans la bergerie* n'ont-ils qu'entrevu la vérité ! Ils ont eu raison de soutenir que l'infection générale se produit difficilement, quand les chancres suppurent et s'étendent beaucoup ; mais ils ont eu tort d'en conclure qu'il fallait bien se garder d'éteindre, dans tous les cas, la maladie locale. C'était prendre l'effet pour la cause. La syphilisation explique ces contradictions apparentes.

4° *Rapports de la syphilisation avec la manière dont les chancres se succèdent ou se combinent.* On peut distinguer trois cas : 1° les chancres sont donnés les uns après les autres : le deuxième, quand le premier est à sa fin; le troisième quand le deuxième est à sa fin, et ainsi de suite ; 2° les chancres sont donnés les uns après les autres : le deuxième, quand le premier est à son milieu, etc. ; 3° les chancres sont donnés et marchent tous ensemble. Or, il faudra, pour que la *syphilisation* devienne complète, le moins de chancres et le plus de temps dans le premier cas, et le moins de temps et le plus de chancres dans le troisième ; le deuxième cas tiendra le milieu, soit pour le temps, soit pour le nombre de chancres nécessaires à la *syphilisation.* Les combinaisons variées de ces trois cas, rendent facilement raison de toutes les circonstances qui peuvent se présenter.

5° *Temps moyen nécessaire à la syphilisation.* Le temps absolu est difficile à préciser. Il faut à peu près un mois de l'existence de chancres pour syphiliser un singe : mais on conçoit combien ce temps peut varier selon le nombre, la succession des chancres, le volume de l'animal, et plusieurs autres circonstances.

Pour laisser une idée claire de la *syphilisation*, je vais supposer deux cas particuliers de singes, qu'on soumet à l'inoculation de pus chancreux.

A. On inocule, par exemple, à un singe cinq chancres, à dix jours d'intervalle les uns des autres. En désignant ces chancres par leurs numéros d'ordre, voici à peu près quelle en sera l'évolution et la succession :

Le premier chancre durera environ vingt-cinq jours.
Le deuxième chancre durera environ quinze jours.
Le troisième chancre durera environ douze jours.
Le quatrième chancre durera environ dix jours.
Le cinquième chancre durera environ huit jours.

On arriverait rapidement ainsi à l'impossibilité de donner des chancres à l'animal. Pour les cinq chancres en question, les choses se passeront donc comme il suit :

Au cinquième jour de l'expérience, existera un chancre, le chancre 1.

Au quinzième jour de l'expérience, existeront deux chancres, les chancres 1 et 2.

Au vingt-cinquième jour de l'expérience, existera un chancre, le chancre 3.

Au trente-cinquième jour de l'expérience, existera un chancre, le chancre 4.

Au quarante-cinquième jour de l'expérience, existera un chancre, le chancre 5.

En outre, le premier chancre s'indurera un peu ; le deuxième sera un type d'induration ; le troisième s'indurera à peine, et les deux derniers ne s'indureront aucunement.

B. Supposons qu'on inocule à un autre singe vingt chancres en même temps ; ils se cicatriseront plus rapidement qu'un seul, ou qu'un moins grand nombre de chancres, parce que la *syphisation* viendra plus vite. Quinze à vingt jours pourront suffire pour que celle-ci soit complète.

Quand les animanx sont plus ou moins *syphilisés*, les chancres, je l'ai déjà dit, quoique peu durables, sont très lents à se montrer après l'inoculation.

Les nombres hypothétiques qui précèdent ne sont pas très éloignés de la réalité ; on peut les considérer comme étant la résultante ou la moyenne d'un grand nombre d'expériences. Ils font saisir, en quelque sorte, à mesure qu'il se produit, le phénomène incontestable de la *syphilisation*, dont je ne veux pas indiquer ici toutes les conséquences ; elles trouveront place, pour la plupart, dans les aphorismes qui complètent ce mémoire.

Conséquences de la syphilisation.

On doit comprendre désormais que si un individu presque complétement *syphilisé* a un chancre, ce chancre, qui suppure à peine, ne sera que difficilement inoculable à ce même individu ; en d'autres termes, l'inoculation ne produira sur lui qu'un chancre *avorté*. Il en serait de même de l'inoculation à cet individu, du pus emprunté à un chancre récent, d'une autre personne, exempte ou non de chancres avant de celui-là. En effet, ce n'est pas le chancre, mais le malade qui aura passé sa période d'inoculabilité ; le pus de ce malade, inoculé à une personne saine, pourra fort bien se communiquer des ulcérations spécifiques très actives, J'ai inoculé, avec succès, à un singe, le pus d'un chancre qu'un chirurgien, chef de service, avait inuti-

lement tenté d'inoculer au malade qui le fournissait. Je m'explique : le chancre du singe dura vingt-trois jours, et la pustule d'inoculation qui s'est produite sur le malade s'éteignit en huit jours. Le *chirurgien en question* caractérisa cette pustule *avortée* par le mot sacramental d'*inoculation négative*. C'est ainsi que le dernier chancre de singe, que s'est inoculé M. Welz, n'avait pas pu la veille être inoculé au singe qui le portait, c'est-à-dire qu'il n'arriva sur ce singe qu'une *pustule avortée*. C'est donc souvent (on ne saurait trop répéter cette vérité, pour l'inculquer dans les esprits) parce qu'un individu est presque complétement *syphilisé*, que les inoculations de ces chancres ne réussissent pas sur lui-même, tandis qu'elles réussiraient très bien sur un autre individu non *syphilisé*.

Or, qu'un homme, plus ou moins *syphilisé*, porteur d'un chancre éphémère, *volant*, comme on le dit, ou d'un chancre qui n'a pas pu s'inoculer à cet homme, ait un rapprochement sexuel, il peut fort bien donner la syphilis à une femme indemne de l'action du virus syphilitique, et *vice versa*. Ce n'est pas le pus, mais le malade qui aura perdu ses propriétés. Que de chancres, que de maladies, que de symptômes, sont passés inaperçus ou n'ont pu s'inoculer à la lancette, parce qu'on les insérait sous l'épiderme du malade lui-même, tandis qu'ils ont, ou auraient pu se transmettre à un individu bien portant !

Ces considérations prouvent le profond esprit d'observation qui inspirait à Hunter plusieurs passages, et notamment les deux suivants : *A*. « Des hommes qui n'ont qu'un chancre en voie de guérison, communiquent la maladie à des femmes qui étaient saines » (traduction de Richelot, p. 165).

Il est inutile de dire que je n'admets pas l'explication suivante, donnée en note par M. Ricord : « Les chancres en voie de *réparation absolue* passent à l'état d'ulcères simples, et cessent d'être contagieux. Les *expériences* que j'ai faites sur l'inoculation mettent cette vérité hors de doute. Dans les cas où on a cru observer le contraire, la période de réparation était incomplète, et quelques points de l'ulcération *devaient être* encore à la période ulcéreuse *spécifique*. » Ces expériences me sont suspectes, parce qu'elles ont été faites sur les malades eux-mêmes. Avec le *syphilisme* et la *syphilisation*, plus n'est besoin d'imaginer qu'un *chancre primitif* se convertit en *ulcère simple*, sans cesser d'être *chancre*. Je n'ai pas *foi* dans les *mystères* de la science (1).

(1) Je ne veux pas dire que le chancre ne se transforme jamais, mais je dis qu'on a pris l'exception pour la règle.

B. « L'expérience nous apprend que le pus vénérien ne présente point des espèces diverses, et qu'aucune différence ne peut être produite dans la manifestation de la maladie par une différence de force dans la matière purulente ; mais le même pus affecte très différemment des personnes différentes. De deux hommes qui ont eu commerce avec la même femme, et qui ont contracté la syphilis, l'un aura une gonorrhée intense ou des chancres, et l'autre n'aura qu'une gonorrhée légère. J'ai vu un homme communiquer la maladie à plusieurs femmes, parmi lesquelles les unes furent gravement atteintes, tandis que les autres n'eurent qu'une affection très légère. Il en est de même aussi bien pour les chancres que pour la gonorrhée. Les symptômes différents qu'on observe chez les divers sujets dépendent de la constitution et de l'état général de l'économie au moment de l'infection » (traduction de Richelot, p. 169).

Les mêmes considérations donnent la clef des deux propositions suivantes, si contestées, de Swediaur : « 1° Une personne, homme ou femme, qui a du virus syphilitique logé dans les parties génitales, peut en infecter une autre, sans qu'elle ait elle-même la moindre apparence de maladie ; 2° souvent, surtout dans les grandes capitales de l'Europe, on observe que des gens, accoutumés à cohabiter habituellement avec une femme, restent en bonne santé, tandis qu'un étranger, cohabitant avec elle, en reçoit quelquefois une infection violente. »

Je recommande, au même propos, la lecture de l'observation suivante, de M. Babington : « Un homme marié s'exposa à l'infection, à Londres. Un ou deux jours après, il se rendit en Irlande, où résidait sa famille ; il séjourna quelque temps à Cheltenham, et tandis qu'il était dans cette ville, deux ou trois *petites indurations* ou *tubercules* se formèrent à la surface interne du prépuce. Il les montra à un chirurgien, qui s'assura qu'il n'y avait aucune ulcération, et qui pensa que l'affection n'était point de nature vénérienne. Peu de temps après, il retourna en Irlande, portant encore ces *indurations*, et il infecta sa femme, qui eut des chancres primitifs » (Hunter, traduit par Richelot, p. 167).

Ce mari n'était-il pas plus ou moins *syphilisé?* et ces *indurations* n'étaient-elles pas des *chancres avortés* ? Ce n'est là qu'un échantillon ; je pourrais en fournir un millier. Que de maris *donnent* à leurs femmes la vérole sans l'*avoir* eux-mêmes, puis les accusent d'infidélité, et *vice versa*.

Voilà encore pourquoi la communication des accidents secondaires par l'inoculation doit être soigneusement étudiée d'après

de nouvelles données. Il ne faut pas oublier qu'il paraît y avoir plusieurs cas d'inoculation faite avec succès à l'homme sain. Loin de moi la prétention de résoudre la question ; j'expose simplement les éléments de sa solution. J'ai cherché plutôt à circonscrire le domaine que je défriche, qu'à l'agrandir. (J'ignorais, en traçant ces lignes, il y a plus d'un an, que MM. Wallace, Vidal et Waller, étaient entrés dans la voie de la vérité en inoculant les accidents secondaires à des personnes non vérolées. On peut aujourd'hui singulièrement élargir cette voie par des expériences sur les animaux; mais je dois à la vérité de dire que je n'ai pu jusqu'ici parvenir à inoculer à des animaux sains le pus des accidents secondaires, qu'il provînt de l'homme ou des animaux eux-mêmes.)

Là ne se bornent pas les conséquences de la *syphilisation* ; j'ai seulement voulu mettre les inoculateurs sur leurs gardes. Les faits n'ont pas beaucoup de valeur, à moins qu'on ne tienne exactement compte des circonstances de *syphilisation* et de *syphilisme* qui ont pu influencer l'état des malades.

Induration des chancres d'animaux.

J'ai souvent parlé de l'*induration* des chancres de singe, sans dire en quoi elle consiste. On pourrait donc, avec quelque apparence de raison, en contester l'existence chez les animaux. J'ai pourtant éludé l'écueil dans lequel sont tombés la plupart des syphilographes ; ils n'ont pas été heureux dans les descriptions qu'ils ont données de l'induration. Il est si difficile de bien rendre des sensations par des mots ! Je me suis borné, pour mon compte, à bien examiner la base des ulcérations chez les animaux ; j'ai constaté souvent des parties résistantes et bien circonscrites ; j'ai cru y voir un état matériel de dureté analogue, pour ne pas dire semblable, à ce qui se passe aux chancres indurés de l'homme. Cet état se produisait dans des circonstances bien définies, et je l'ai considéré comme *identique à l'induration chez l'homme*. Tous les faits que j'ai observés depuis m'ont confirmé dans cette conviction, et aujourd'hui je juge de cette induration aussi bien chez les animaux que chez l'homme. On ne peut m'adresser à cet égard d'autres objections que celles que je puis moi-même faire aux syphilographes.

Les parties indurées m'ont paru être douloureuses à la pression ; est-ce parce que la peau de l'animal se trouve pressée entre une portion résistante et la main exploratrice? L'induration persiste dix à trente jours chez le singe : ce temps, si l'on tient compte de l'activité vitale de l'animal, n'est peut-être pas pro-

portionnellement plus court que celui de certaines indurations chez l'homme. M'objectera-t-on le *volume* de la partie indurée qui est moins considérable que chez l'homme? L'objection ne serait pas fondée, puisqu'il y a chez l'homme de fort petits chancres supportés par une induration très étroite, et que chez le singe ce volume est en rapport avec celui de l'animal et l'étendue de ses chancres.

Syphilisation chez l'homme.

Quant à la *syphilisation,* elle s'observe sans aucun doute dans l'espèce humaine. Non-seulement l'*observation* m'en a révélé plusieurs exemples, mais encore j'en ai trouvé dans les auteurs ; je n'en ai voulu consigner aucun dans mon travail, dont je craignais de trop élargir le cadre, et parce que je ne voulais pas sortir de la voie si sûre de l'expérimentation. Le fait de Babington, dont je viens de parler, doit être considéré ici comme simplement justificatif des opinions de Hunter et de Swediaur. Voici, du reste, cinq remarques sur lesquelles j'appelle l'attention des syphilographes :

1° *Beaucoup de praticiens, entre autres Fallope et Van Swieten, ont remarqué avec étonnement que des galériens se sont guéris de la vérole sans traitement.* Chacun a envisagé et interprété ces remarques, d'après son point de vue théorique. L'école physiologique y a trouvé un argument contre l'existence du virus syphilitique, contre la possibilité d'une syphilis constitutionnelle, et enfin contre les bénéfices de la médication mercurielle. Quoi! se sont écriés les plus ardents apôtres de Broussais, des malheureux abreuvés de misère, entassés pendant la nuit dans des lieux humides et mal aérés, seraient soustraits aux ravages d'un virus qui corrompt les sources de la vie, si ce virus n'était pas un être chimérique? Mais on sait à quoi s'en tenir, en dépit des exclamations des physiologistes, sur les immoralités qui ont de tout temps régné dans les bagnes. Certes, si la *syphilisation*, produite par l'abus de jouissances déréglées, pouvait se produire quelque part, en Italie du temps de Fallope, et en Allemagne du temps de Van Swieten, c'était bien certainement dans les prisons de forçats!

2° On a fait observer que les femmes sont moins sujettes à la vérole que les hommes. Or les femmes, à l'exception des filles publiques, sont généralement plus réservées que les hommes. Il n'est pas étonnant qu'il y ait moins de véroles parmi elles que parmi les hommes. Quant aux prostituées, la *syphilisation* doit être souvent leur rempart contre le mal vénérien.

C'est un sujet curieux sur lequel j'ai voulu avoir des renseignements puisés à différentes sources ; et de tous côtés le fait suivant m'a été confirmé (j'apportais toute la discrétion possible dans mes questions pour ne pas influencer les réponses), à savoir que les personnes qui commencent la vie de prostituée sont souvent atteintes d'une nouvelle contamination syphilitique, et qu'après les premiers temps de déréglement, elles passent de longues années d'immunité. Le même phénomène se remarque chez les hommes qui fréquentent ou habitent les lieux de débauche. Lorsque j'ai été mis sur la trace de ce fait, en apparence si extraordinaire, il ne m'a pas été difficile de trouver des personnes, *syphilisées* surtout parmi celles du sexe ; mais ces personnes ne sont pas souvent en rapport avec le médecin, parce qu'elles n'éprouvent nullement le besoin de le consulter. C'est ce qui explique comment la *syphilisation* a été ignorée par les hommes de l'art. Je n'en ai pu trouver de traces plus positives dans aucune publication que celles que j'ai empruntées à Hunter et à Swediaur ; mais les remarques dont j'ai parlé plus haut, et qui constatent la *syphilisation*, ont été publiées pour prouver autre chose.

Il est donc bien vrai que les filles publiques se *syphilisent*, au grand bénéfice de leur santé et de la santé publique ; sans cela, répéterait-on si souvent que « ce sont les femmes honnêtes qui donnent la vérole ? »

3° On admet généralement, dans le peuple, qu'il faut propager la vérole pour la détruire. Les proverbes sont souvent basés sur des préjugés ; mais ils sont aussi quelquefois, comme on le dit, *la sagesse des nations*. Il serait intéressant de rechercher historiquement si la violence du mal n'a pas été diminuée par sa propagation. On voit encore aujourd'hui que quand la syphilis est portée dans un pays récemment découvert ou exploré, ses prémices y sont d'une effrayante intensité.

4° Un honorable praticien de l'hôpital du Midi, M. Puche, a l'habitude de laisser se fermer spontanément tous les chancres diagnostiques qu'il produit sur ses malades ; il se borne à les recouvrir d'un emplâtre de sparadrap ou de Vigo. Or, tous ces chancres se cicatrisent à peu près en même temps que ceux qui les ont engendrés. Supposez qu'on soumît ces deuxièmes chancres à une autre inoculation diagnostique, les troisièmes chancres se fermeraient avec eux. Il en serait de même des chancres suivants, si l'on voulait aller plus loin. Ainsi cette seule circonstance, qui est de notoriété dans le service de M. Puche, suffirait, avec un

peu de raisonnement, pour établir le phénomène de la *syphilisation.*

5° M. Ricord s'exprime ainsi dans *l'Union médicale* du 3 décembre 1850, après ne m'avoir pas *compris* ni *nommé* : « Il vous souvient peut-être que Frike, de Hambourg, qui, lui aussi, a fait des expériences sur l'inoculation, croyait avoir observé que les inoculations successives perdaient de plus en plus leur intensité, et que leur effet devenait *nul* à la *sixième*, quand on les pratiquait sur un même individu. J'ai poursuivi les inoculations du chancre jusqu'à la huitième génération, et je n'ai jamais constaté la moindre différence entre elles. Frike, à qui j'ai montré ces résultats, les a reconnus comme moi, et a dû convenir qu'il s'était trompé. » Ce ne doit pas être M. Frike qui s'est trompé. Puisque M. Ricord a poursuivi les inoculations du chancre si loin, il ne peut se dispenser de publier des détails. Je l'adjure, au nom de la science, d'exhumer les précieux matériaux que recèlent ses cartons ou sa mémoire.

Causes des insuccès des expérimentateurs.

La *syphilisation* n'aide pas seulement à se rendre compte des faits d'observation, elle explique encore bien de cas d'insuccès dans les expériences qui ont été tentées sur les animaux eux-mêmes. En effet, on a souvent expérimenté sur des animaux qui, par suite d'un long séjour dans les hôpitaux vénériens, avaient pu subir des inoculations accidentelles et parvenir à la *syphilisation.* Il m'est parfois arrivé, dans le principe, de rencontrer cet écueil en opérant sur des chats ; mais depuis que l'expérience m'a éclairé, je discontinue les essais que j'ai commencés dès que je m'aperçois qu'ils ont pour sujet des animaux *syphilisés.*

Je ne connaissais pas, il y a sept ans, le phénomène de la *syphilisation*, quoiqu'on eût pu le déduire des expériences que j'ai faites à cette époque. J'ai rapporté plus haut les détails de quelques-unes de ces expériences. Ces détails ont d'autant plus de valeur qu'ils n'étaient pas recueillis dans des idées préconçues; mais, depuis lors, la connaissance de ce phénomène m'a expliqué les insuccès de tentatives que j'ai faites en 1845 pour inoculer la syphilis à deux singes, dans les services de MM. Vidal et Huguier. Je m'étais bien aperçu antérieurement que je ne réussissais pas toujours, et je rejetais mes revers soit sur la saison, soit sur la nature ou la nourriture de l'animal. Bref, dans les deux cas dont il est question, la pénurie d'animaux, et peut-être le désir d'en choisir qui fussent éprouvés, me firent déposer deux singes pré-

cédemment inoculés dans mes expériences particulières, l'un dans le service de M. Vidal, et l'autre dans le service de M. Huguier; mais il ne me fut pas possible de reproduire et de montrer les succès que j'avais eus tout seul, et je me suis trouvé obligé de cesser des expériences qui n'aboutissaient qu'à des résultats négatifs. Les précautions que j'avais prises avaient tourné contre moi. C'est ainsi que le triomphe de la vérité a été retardé de six années; mais en revanche, elle y a gagné de n'être produite au grand jour qu'en parfaite maturité.

Expériences de M. Cullerier.

C'est peu de temps après qu'un homme, dont j'honore le caractère, et dont j'apprécie le talent; m'a réfuté dans un mémoire lu à la Société de chirurgie; mais il me sera facile de démontrer qu'on doit faire en toute justice trois parts des résultats expérimentaux qu'à publiés M. Cullerier : la part des insuccès, la part des succès méconnus, et enfin la part d'expériences tentées sur un singe en voie de *syphilisation*.

1° Je ne m'arrêterai pas aux insuccès : ils sont nombreux dans le mémoire de M. Cullerier; mais ils sont moins nombreux qu'il ne le croit lui-même.

2° Voici un cas très probable de succès; je dis très probable, car, indépendamment de la volonté de M. Cullerier, qui sans doute n'a pas voulu surcharger son travail de détails fastidieux, cette observation laisse quelques éclaircissements à désirer. Il arrive fort souvent, en pareil cas, que les choses qu'on ne détaille pas, parce qu'elles sont, au point de vue où l'on est, dépourvues d'intérêt, sont le plus favorables à la thèse que l'on combat.

Cette série d'expériences est intitulée dans le mémoire de M. Cullerier : *Expériences sur le lapin et sur le chat.*

Du pus d'un chancre envahissant a été porté, à la *lancette*, sur la face interne du prépuce d'un jeune lapin; vingt-quatre heures après, le prépuce est légèrement tuméfié; la piqûre faite la veille présente un peu d'écartement de ses bords.

Les jours suivants, *l'inflammation* augmente, la plaie est *rouge*, ses bords sont *renversés*, le fond est d'un *blanc grisâtre*, puis il survient un phimosis, qui rend l'exploration de la plaie difficile; il se développe des symptômes de cystite, le ventre sa ballonne, et l'animal meurt. A l'autopsie, on trouve la verge, la vessie, et l'urètre, très injectés. *Deux jours avant sa mort*, croyant voir un *aspect douteux* dans cette ulcération, nous en avons inoculé le pus à la *vulve* d'une *petite chatte*; mais au bout de six jours, elle ne présentait plus de traces de la piqûre.

Le même pus fut introduit sous la conjonctive palpébrale d'un *jeune chat*; vingt-quatre heures ont suffi pour la cicatrisation ; l'œil n'a pas été enflammé, et aucun écoulement ne s'est manifesté.

Un troisième chat, vieux et fort, fut inoculé à la même époque avec du pus d'un chancre, qui avait produit sur la malade la pustule caractéristique ; une incision à la lancette fut faite sur la verge, et une grande quantité de pus y fut déposée ; des précautions furent prises pour que l'animal ne pût ni se lécher, ni se frotter. Ce chat était très sauvage, et difficile à maintenir ; ce ne fut que six jours après l'inoculation, que la petite plaie put être examinée; mais alors toute trace avait disparu, et depuis, l'animal s'est très bien porté.

J'ai peine à croire qu'un pus spécifique, porté à la lancette ait pu faire naître tant de symptômes sans produire un chancre. Quel fut le nombre des *jours suivants*? depuis combien de temps l'inoculation avait-elle été faite? *Deux jours* avant la mort de l'animal. M. Cullerier a lui-même trouvé un *aspect douteux* à l'*ulcération* qu'il a produite. Il ne la décrit pas; mais pour qu'il lui trouvât un *aspect douteux*, il fallait bien qu'elle ressemblât à un chancre. En quoi ressemblait-elle à un chancre? et si elle en différait, en quoi en différait-elle? L'autopsie du jeune lapin a été faite, mais incomplétement rapportée : *on trouve la verge, la vessie, et l'urètre, très injectés*. Mais en quoi consistait donc l'altération du point du prépuce sur lequel l'inoculation avait été faite? On ne produit sur un lapin aucune espèce d'*ulcération*, par une piqûre de lancette, quand cette lancette n'est pas chargée d'un pus qui s'inocule. Les contre-épreuves faites sur des chats ne sont rien moins que concluantes. Les inoculations sont très délicates à faire à des chats, et il est très facile de se méprendre à l'égard des résultats que l'on obtient. Je ne parle pas du gros chat, vieil habitant sans doute de l'hôpital, qui pouvait être *syphilisé*.

3° J'arrive enfin à une expérience faite sur un singe, que je considère comme plus ou moins *syphilisé*. Je transcris textuellement le paragraphe ainsi intitulé : *Expériences sur le singe.*

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE NATIONALE DES SCIENCES DE PARIS.

SÉANCE DU 6 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

Action de la portion cervicale du nerf grand sympathique et d'une portion de la moelle épinière sur la dilatation de la pupille.

MM. Julius Budge, professeur à l'université de Bonn, et Augustus Waller communiquent à l'Académie un exposé de quelques découvertes qu'ils ont faites sur le système nerveux, par suite des travaux communs qu'ils ont entrepris à ce sujet.

La première partie de leurs observations se rapporte à l'action de la partie cervicale du nerf sympathique et d'une portion de la moelle épinière sur la dilatation de la pupille.

La seconde est sur l'influence de la partie intracrânienne du nerf sympathique et de la cinquième paire sur la pupille.

La troisième se compose principalement d'observations sur les effets produits sur la pupille par suite de l'irritation locale du globe oculaire.

Ce mémoire est exclusivement consacré à l'exposition des expériences destinées à établir la première proposition.

Nous laissons parler les auteurs.

« M. Waller avait observé depuis longtemps que lorsqu'un nerf quelconque est coupé, la partie périphérique se désorganise très rapidement d'une manière très facile à reconnaître sous le microscope, tandis que la partie centrale reste à son état normal pendant un temps très considérable.

« Nous avons observé au 5 juillet 1851 sur un chien donc le tronc commun du nerf vague et sympathique était coupé depuis un mois, que la partie centrale du nerf pneumogastrique était dans son état normal, tandis que le cordon du sympathique qui lui était accolé fut trouvé, sous le microscope, désorganisé, et la partie médullaire du tuyau nerveux, complétement granuleuse. Dans la partie périphérique, au contraire, tandis que le tronc et toutes les ramifications étaient désorganisés et granuleux, le cordon du sympathique qui l'accompagnait était parfaitement normal.

« En faisant pour le nerf sympathique le même raisonnement que pour les nerfs cérébro-spinaux, nous en avons tiré la conclusion que le centre nerveux du cordon sympathique cervical était quelque part au-dessous du deuxième ganglion et non pas dans le premier ganglion cervical

supérieur, ni au-dessous, ou, en d'autres termes, que la direction de ce cordon était de bas en haut et non pas de haut en bas.

« La même expérience faite sur d'autres animaux, nous a invariablement donné les mêmes résultats. Sur les lapins où le sympathique est un cordon distinct et séparé du nerf vague, l'expérience se trouve réduite à sa plus simple expression. Sur cet animal, la division de ce nerf, soit seul, soit avec celle du nerf vague, nous a toujours donné pour résultat au bout de dix à quinze jours la désorganisation de la partie supérieure, tandis que la partie inférieure conservait son état normal.

« Comme les parties supérieures des nerfs divisés conservent avec leur structure normale les mêmes propriétés qu'à l'époque de leur division, nous avons galvanisé la partie inférieure du sympathique cervical sans jamais exercer aucune douleur. La même expérience, faite sur le même, récemment divisé, nous a démontré que même avec la plus forte irritation mécanique ou galvanique, l'animal restait complétement impassible et sans douleur.

« Les expériences de Müller et d'autres physiologistes ont déjà démontré que les ganglions n'arrêtent pas les impressions sensitives ; il ne restait qu'à lui reconnaître des fonctions purement motrices ou nutritives. L'irritation du bout supérieur devait nous donner une réponse directe pour la première hypothèse.

« Une légère irritation du supérieur au moyen de l'appareil à rotation a donné une réponse immédiate à cette expérience ; car à peine avons-nous eu le temps de faire faire quelques tours à la machine que déjà une énorme dilatation de la pupille du même côté à établi d'une manière irréfragable la nature motrice du cordon sympathique cervical.

« Le résultat si remarquable qui est obtenu, soit en galvanisant séparément le sympathique sur le lapin, soit le tronc réuni du pneumogastrique et du sympathique sur le chien, le chat, etc., est aussi invariable que la contraction de la jambe après l'irritation du nerf sciatique.

« En même temps que cette expérience nous démontre la nature motrice du sympathique au cou, elle nous permet de comprendre la vraie cause de la contraction de l'ouverture pupillaire, après la section de ce nerf, fait vu d'abord par Petit en 1712 et resté jusqu'à présent stérile dans la physiologie ; car il est évident que, puisque l'irritation de ce nerf produit la contraction de la pupille, sa contraction après la section du même nerf n'était que la conséquence de la paralysie du muscle dilatateur de l'iris, de la même manière que la paralysie des muscles extenseurs qui ouvrent la main, laisse celle-ci fermée, par suite de l'influence exclusive des muscles fléchisseurs.

« Pour surcroît d'évidence, il suffit de galvaniser la troisième paire pendant la vie ou immédiatement après la mort sur le lapin. Par ce

moyen, on obtient une contraction de la pupille. En galvanisant ainsi le sympathique cervical et la troisième paire, nous pouvons alternativement rétrécir et agrandir plusieurs fois le diaphragme de l'œil aussi sûrement que si nous avions des agents physiques à notre disposition. En agissant sur ces deux nerfs, nous avons toujours eu occasion de remarquer que l'action du galvanisme sur le premier produit une augmentation graduelle et soutenue de la pupille, et qui prend quelques instants pour atteindre son effet maximum, comme la plupart des muscles sous l'influence du sympathique, et que le retour de l'œil à son état premier, après que la cause dilatante a cessé, est également lent. L'irritabilité de ce nerf se conserve longtemps aussi après la mort. Avec la troisième paire, au contraire, nous avons vu que la contraction est presque instantanée, que le retour à l'état premier est aussi très subit, et que le nerf perd son irritabilité après avoir été excité plusieurs fois, et qu'après la mort il se perd très vite. Cette dernière particularité de ce nerf est probablement la cause que la plupart des physiologistes, tels que Müller, Wagner, Longet, etc., ont déclaré n'avoir pu obtenir la preuve démonstrative de l'influence de ce nerf sur l'iris.

« Pour saisir à sa source le premier moteur des sympathiques, nous avons galvanisé sur le lapin le sympathique non divisé, mais simplement isolé des tissus environnants. Sur le premier ganglion, sur le cordon entier, jusqu'au dernier ganglion cervical, et sur ce ganglion lui-même, nous avons produit la même dilatation de la pupille. Au-dessous de ce ganglion, le cordon qui lie celui-ci au premier ganglion thoracique et toutes les autres branches excepté la branche rachidienne, n'ont fourni aucun résultat par l'application du galvanisme.

« Pour remonter encore plus loin, la moelle épinière a été dénudée sur un lapin, depuis la partie inférieure de la région dorsale jusqu'à la partie supérieure du cou. En galvanisant vers le milieu de la partie découverte, la dilatation des pupilles n'a pas été moins prompte à se déclarer que dans les autres expériences.

« La partie de la moelle possédant cette propriété est bornée au segment compris entre la première vertèbre cervicale et la sixième dorsale inclusivement.

« Pour fixer les idées, dans ce qui suit, sur la partie de la moelle qui possède la propriété d'agir sur la pupille, nous la désignerons sous le nom de région cilio-spinale ou centre cilio-spinal.

« Au delà des limites sus-nommées, le galvanisme de la moelle ne produit aucun effet sur les pupilles.

« Des extrémités de la région cilio-spinale, l'influence du galvanisme sur les pupilles augmente graduellement à mesure qu'on s'approche de la partie moyenne. Son effet maximum se trouve au niveau de l'articu-

lation intervertébrale des deuxième et troisième vertèbres dorsales. Lorsque les deux sympathiques cervicaux sont intacts, l'irritation galvanique de la région cilio-spinale se porte également sur les deux yeux ; mais lorsque l'un est coupé, son irritation ne cause la dilatation que du côté où celui-ci est intact.

« Quand les deux sympathiques sont divisés au cou, l'irritation du centre cilio-spinal ne produit aucun effet sur les yeux. Lorsque la moelle est intacte, le galvanisme, d'un côé seulement de la moelle, dilate les deux pupilles également.

« Si on divise longitudinalement cette partie de la moelle en deux moitiés latérales, et qu'on les isole par une lame de verre, l'une de l'autre, l'irritation d'un côté produit la dilatation de la pupille seulement du même côté.

« Lorsque la région cilio-spinale est coupée transversalement à différentes hauteurs, on trouve que toute partie qui est séparée de son centre, placée au niveau de l'articulation des deuxième et troisième vertèbres dorsales, a perdu toute son influence sur les pupilles, tandis qu'au contraire toute partie en connexion avec celle-ci continue d'exercer son action.

« Si la portion cilio-spinale est toute enlevée et les pôles appliqués à différents points de la dure-mère du canal vidé, on voit que les seuls points qui, possèdent le pouvoir de dilater la pupille, sont situés entre le lieu d'union des deuxième et troisième dorsales. L'effet, en ce lieu, est si nettement limité, que lorsque les pôles en étaient écartés d'une demi-ligne d'un côté ou de l'autre, l'effet sur les pupilles cessait immédiatement de se produire. Ce point était tellement circonscrit, au moyen du galvanisme, qu'une épingle placée dessus pénétra entre les deux vertèbres.

« Sur le même animal, le galvanisme fut appliqué au-dessous du dernier ganglion cervical, et le point inférieur qui présentait de l'influence sur la pupille fut marqué par une ligature. La dissection après la mort prouve que la branche qui agissait sur l'œil provenait de la deuxième paire dorsale.

« Les mêmes causes qui diminuent l'irritabilité musculaire après la mort, telles que la nutrition imparfaite de l'animal, des lésions de la moelle allongée, etc., diminuent aussi le pouvoir de la région cilio-spinale sur les pupilles. Dans des cas pareils, l'irritation de la moelle ne produit aucun effet, même immédiatement après la mort. Après la mort, le pouvoir sur l'œil se perd successivement des extrémités de la région cilio-spinale vers le centre ; au centre même, ensuite, du sympathique cervical et enfin du sympathique crânien. La décroissance successive du pouvoir de la région cilio-spinale des extrémités au centre, nous paraît

indiquer que, dans certaines conditions de la moelle, ou qu'avec le plus de force galvanique, on parviendra à étendre les limites de celle-ci dans la moelle épinière.

SÉANCE DU 20 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

Modifications imprimées à la température animale par l'introduction, dans l'économie, de différents agents thérapeutiques.

MM. Aug. Duméril, Demarquay et Lecointe présentent, dans un cinquième mémoire, les considérations générales de leurs recherches expérimentales sur ce sujet.

Dans quatre mémoires successifs, les auteurs ont exposé les résultats relatifs aux variations de la température constatées par l'emploi des agents thérapeutiques dits excitants, des évacuants, soit vomitifs, soit purgatifs, des sédatifs, et enfin des stupéfiants. Ce cinquième mémoire comprend les conclusions générales et des considérations sur les causes de la température animale déduites de leurs expériences.

I. Un grand nombre de médicaments portés dans les voies digestives ou dans le torrent de la circulation impriment des modifications évidentes à la température animale. Sous l'influence des uns, elle est déprimée ; sous l'influence de certains autres, elle est augmentée, et le plus souvent, dans des limites assez étendues, pour en permettre une facile constatation à l'aide du thermomètre.

II. De ces deux phénomènes : augmentation ou diminution franche et graduelle de la chaleur dès le début de l'expérience jusqu'à sa fin ; le premier a été plus rarement noté que le second.

III. Souvent des oscillations sont venues, pendant le cours de plusieurs expériences, donner en quelque sorte la mesure tantôt du progrès de l'action produite par les médicaments sur l'économie, tantôt de la résistance plus ou moins énergique opposée par la force vitale au trouble qui lui était apporté. Ainsi la température, après avoir augmenté d'un degré, peut diminuer d'une quantité semblable ou supérieure, puis revenir à son chiffre initial, ou même le dépasser. Ces oscillations sont une preuve manifeste de l'influence que les médicaments exercent sur la température animale.

IV. Après avoir signalé, comme il vient d'être dit, la marche souvent irrégulière des phénomènes qui démontrent cette influence, les auteurs étudient ses effets définitifs, afin de résoudre cette question : Jusqu'à quelles limites la température propre des animaux peut-elle varier ?

A. Les conclusions relatives à sa *diminution* sont les suivantes :

1° Elle a été, dans une observation, de 13 degrés, après l'emploi du

sulfate de cuivre ; 7 à 8 degrés ont été notés avec l'iode, le sublimé corrosif et l'acétate de morphine, 5°,3 avec l'huile de croton tiglium et 3 degrés avec l'atropine. Comme il est facile de le comprendre, la mort a été la conséquence inévitable de ces expériences. Ainsi, au delà de 4 degrés, le refroidissement est mortel.

2° Il l'est le plus souvent à 3 degrés, quand la réaction vitale n'est pas assez puissante. Au contraire, l'animal résiste si cette réaction est franche et rapide ; elle produit alors des effets aussi heureux que ceux auxquels le médecin doit souvent le salut presque inespéré de ces malades, et dont la manifestation a été plus d'une fois provoquée avec succès dans les épidémies de choléra où la perte du calorique est précisément l'un des symptômes les plus redoutables.

3° Si le poison est très énergique, la mort peut survenir malgré cette réaction à laquelle succède alors un nouvel abaissement.

4° Enfin la violence et la rapidité des phénomènes d'intoxication peuvent être telles, que la mort ait lieu avant la manifestation complète du trouble de la température animale. Aussi, dans des circonstances semblables, mais vraiment exceptionnelles, l'animal a-t-il succombé avec une diminution de 2 degrés à peine et dont les effets n'auraient point été à craindre si la substance avait été moins active ou donnée à plus faible dose.

B. Relativement à l'*élévation de la température*, voici quelles sont les conclusions :

1° Jamais elle n'a été comparable à sa diminution. Ainsi l'administration des médicaments les plus variés et aux doses les plus diverses n'a, dans aucun cas, fait monter la colonne de mercure de 2°,9 au delà du chiffre initial : cette élévation n'a même été notée qu'une fois. 11 fois seulement, dans les 125 expériences que ce travail renferme, elle a varié entre 2° et 2°,7, mais souvent elle est restée au-dessous de ces nombres. La calorification ne peut donc pas être activée autant qu'elle peut être déprimée.

2° Un faible accroissement de la température a plusieurs fois précédé la mort ; il est donc un signe alarmant, puisque dans des limites encore plus restreintes que celles de son abaissement, il peut faire prévoir une issue funeste.

V. En ne tenant compte que de l'action des médicaments sur la chaleur animale, on peut les diviser en trois catégories.

a. La première comprend ceux qui, à toute dose, l'augmentent, tels sont, par exemple, parmi les substances dites altérantes, l'iodure de potassium et tous ceux qui appartiennent à la classe des excitants, comme s'en sont assurés les auteurs par des essais fréquemment répétés

avec la strychnine, le seigle ergoté, le phosphore, les cantharides, le sulfate de quinine et l'acétate d'ammoniaque.

b. A la deuxième catégorie, il faut rapporter tous les produits pharmaceutiques dont l'effet constant, à doses variées, est de diminuer la chaleur, c'est-à-dire au nombre des altérants, l'iode et le sublimé corrosif; parmi les évacuants, le sulfate de cuivre qui est un vomitif énergique et tous les stupéfiants, tels que le cyanure de potassium, la codéine, l'acétate de morphine, le laudanum, la belladone et son principe actif l'atropine, la jusquiame et le datura stramonium.

c. Dans la troisième catégorie enfin, on doit réunir les substances qui exercent sur la calorification une action variable, selon les doses employées. Les purgatifs dont l'action est le plus prompte (coloquinte, gomme-gutte, huile de croton tiglium), administrés à doses non toxiques, augmentent la température après l'avoir déprimée pendant les deux ou trois premières heures; mais cette dépression est permanente et graduelle jusqu'à la fin, avec des quantités nécessairement mortelles. Il en est de même avec l'acide arsénieux.

Les substances qui, dans cette catégorie, offrent le plus d'intérêt sont l'émétique et l'ipécacuanha. 5 ou 10 centigr. du premier de ces vomitifs augmentent la chaleur, qui est fortement déprimée au contraire lorsque ces nombres sont dépassés et qu'on en donne jusqu'à 50 centig. Avec l'ipécacuanha, les résultats sont opposés. Il est vrai que son mode d'action, quoique ce soit aussi un vomitif, est certainement différent, comme le prouve l'usage que le médecin en fait dans bien des cas spéciaux.

VI. Parmi les médicaments qui modifient la caloricité, soit en l'excitant, soit en la déprimant, il en est dont la rapidité d'action est très frappante : ce sont particulièrement les stupéfiants, dont l'influence sur l'innervation est si remarquable.

VII. Il convient de rapprocher de cette observation un fait révélé par les nombreuses autopsies cadavériques pratiquées à la suite des expériences. Ce fait, qui nous semble bien digne de fixer l'attention des physiologistes, consiste dans l'aspect particulier offert par les ganglions nerveux du grand sympathique. Après cinq expériences avec le sublimé corrosif, toutes caractérisées par le refroidissement souvent fort considérable de l'animal, et toutes suivies de mort, le tissu de ces ganglions était manifestement injecté. De même, d'autres médicaments qui ont fortement déprimé la calorification ont produit une hypérémie des ganglions nerveux. Elle a été notée 23 fois sur 33 cas où cette dépression fut constatée.

En trouvant, 2 fois sur 3 environ, un état spécial et toujours identique des ganglions chez les animaux où le refroidissement a été l'un des symptômes consécutifs à l'administration de certains médicaments,

les auteurs se demandent si le système nerveux ne joue pas un rôle important dans la production de la chaleur animale.

En considérant, comme cela doit être, que le foyer de la chaleur animale n'est pas concentré dans l'appareil pulmonaire, mais qu'il est disséminé dans tous les points de l'organisme où il se fait, dans le sang, un échange continuel d'oxygène et d'acide carbonique, on doit nécessairement reconnaître que cet acte qui s'accomplit dans l'intimité des tissus ne peut s'exercer dans sa plénitude que sous une influence nerveuse. Or, d'où cette influence indispensable pourrait-elle émaner, si ce n'est du système nerveux ganglionnaire qui peut et doit être considéré comme le régulateur des fonctions de la vie de nutrition? Si les ganglions d'où émargent les nombreux filets accolés à chacune des ramifications artérielles, subissent une altération pathologique propre à enrayer leur rôle fonctionnel relatif à la nutrition interstitielle à laquelle ils président et qui occupe une place si importante dans l'accomplissement des actes vitaux, la calorification ne pourra sans doute plus se produire que d'une façon imparfaite.

Action des muscles obliques de l'œil.

M. Clavel adresse un second mémoire sur les muscles obliques de l'œil.

Dans un premier mémoire présenté à l'Académie sur les muscles droits, M. Clavel a cherché à démontrer comment ces muscles en se contractant ont pour objet, non-seulement de dévier les pupilles vers tous les points de l'orbite, mais encore de faire subir diverses modifications au globe oculaire, de l'allonger ou de le racourcir selon la distance des objets à examiner, de contribuer aux mouvements de l'iris, des procès ciliaires et du cristallin, enfin de donner au moins les moyens d'apprécier l'ouverture de l'angle optique, et par suite les distances.

Ce second mémoire, complément de l'autre, traite de l'action des muscles obliques, action plus controversée, peut-être, que celle des muscles droits.

Portal dit que le grand oblique tourne l'œil de dehors en dedans, d'arrière en avant et de haut en bas ; que le petit oblique tourne l'œil de dedans en dehors et le retire vers l'angle interne de l'orbite en le portant en avant, si bien que la pupille est tournée en haut et en dehors. M. Clavel a cherché à combattre cette opinion, qui a rallié le suffrage d'hommes éminents, par ces considérations : 1° que les mouvements attribués aux muscles obliques sont déjà produits par les muscles droits et forment un double emploi parfaitement inutile ; 2° que chez certains animaux tels que le lapin et le mouton, les muscles obliques au lieu de s'insérer

sur le segment postérieur du globe de l'œil, s'insèrent sur son grand diamètre transversal et ne sauraient alors dévier les pupilles ; 3° que ce dernier mode d'insertion se présenterait également chez l'homme si le grand oblique ne passait sous le droit supérieur qu'il gênerait ou soulèverait incessamment dans ses contractions, et si le petit oblique ne devait s'insérer sur la même ligne que son antagoniste ; 4° enfin que sur le vivant, quand l'orbite contient des veines et des artères distendues par le sang, l'œil est poussé en avant et l'attache des muscles obliques sur lui, n'a pas lieu, par rapport à leur point sur un plan aussi postérieur que cela nous apparaît sur le cadavre.

Il n'est pas jusqu'au mode d'insertion des muscles obliques sur la sclérotique, qui ne lui ait paru un moyen de neutraliser ce qu'elle a de trop postérieur : elle représente un V dont la pointe est tournée vers le nerf optique ; il s'ensuit que les fibres postérieures sont plus longues que les fibres antérieures et tombent d'autant plus dans le relâchement que l'œil se porte davantage en avant. Dans ce cas, la traction principale s'opère sur les fibres les plus voisines du grand diamètre transversal et les moins aptes à faire basculer le globe de l'œil. Il est vrai que lorsque celui-ci est porté en arrière, les fibres postérieures des muscles obliques se tendent et retrouvent toute leur efficacité, pour dévier la pupille ; mais l'œil ne s'enfonce dans l'orbite que par la contraction des muscles droits qui, seuls alors, sont en possession d'opérer des déviations pupillaires et opposent un obstacle insurmontable à l'action des muscles obliques.

M. Clavel a cherché de même à démontrer que la contraction simultanée de ces muscles se borne à produire une légère traction en avant. Il établit avant tout que la contraction et le relâchement des obliques sont entièrement soustraits à la volonté et ne peuvent contribuer à des mouvements volontaires ; puis que l'action de ces muscles a principalement pour objet d'opérer un acte indispensable à la vision, la rotation de l'œil sur son axe antéro-postérieur.

Chacun peut constater l'exactitude de ce mouvement. Il suffit pour cela de se mettre en face d'une glace, de fixer sur la sclérotique une tache ou un vaisseau sanguin et d'incliner la tête sur l'une ou l'autre épaule ; on voit alors la tache ou le vaisseau changer de position par rapport aux paupières, mais se maintenir dans la même situation par rapport à l'horison.

Si l'on veut, par un procédé analogue, constater l'utilité de cet acte de rotation, il suffit de recommencer l'expérience en immobilisant l'un des yeux au moyen d'une pression latérale exercée avec le doigt ; au moment où la tête se renverse sur le côté, on se sent atteint de diplopie ; mais les images, tout en se confondant sur un point, divergent par leur

base ou par leur sommet, de telle sorte que l'une étant droite, l'autre s'incline de côté.

Au contraire, dans la diplopie produite par le défaut d'harmonie dans les muscles droits, les deux images peuvent être placées à côté ou au-dessus l'une de l'autre, mais elles conservent la même direction et leurs lignes droites se maintiennent dans le parallélisme.

En se bornant à la stricte observation, il est facile de constater que les deux pupilles fixées sur un objet ont, par les muscles droits, le moyen de rester dans la même position relative, quand la tête se tourne à droite et à gauche, en haut et en bas ; puis qu'avec les muscles obliques le diamètre vertical de la rétine reste le même, par rapport à l'horison, lorsque la tête s'incline sur les épaules. Cette disposition offre beaucoup d'analogie avec l'appareil qui soustrait la boussole aux mouvements des navires.

Quand un mouvement de rotation sur l'axe antéro-postérieur s'opère dans un œil, le même mouvement, sous peine de diplopie oblique, doit s'opérer dans l'autre œil ; mais pour que cela ait lieu, le muscle grand oblique droit est tenu d'entrer en contraction avec le petit oblique gauche, et réciproquement. Si l'on suppose en effet les deux grands obliques se contractant simultanément, ils inclinent forcément en dedans les diamètres verticaux des deux yeux, il y a diplopie et les images confondues par leur base se renversent en dehors, par suite de l'action croisée de tout ce qui concerne la vision.

Chacun a entrevu déjà quelle application de ces notions physiologiques peut être faite à la ténotomie oculaire. Nul raccourcissement ou contracture d'un muscle droit ou oblique ne peut exister sans qu'il y ait diplopie ; en bouchant alternativement les yeux, il est facile de voir celui dont les fonctions sont altérées ; si la fausse image reste droite, c'est un muscle droit qui doit être coupé ; de même l'opération doit s'adresser à un muscle oblique, si la fausse image est inclinée.

Reste à décider jusqu'où peut aller le mouvement de rotation de l'œil sur son axe antéro-postérieur. D'après l'expérience directe, ce mouvement a paru à M. Clavel ne pouvoir atteindre 90 degrés pour chaque muscle oblique et rester au-dessous de 180 degrés pour les deux muscles réunis.

Privé des muscles obliques, l'homme ne pourrait pencher la tête de côté sans voir les objets s'incliner du côté opposé ; cela seul suffit pour démontrer qu'à ces muscles se rattache la faculté de juger de la position verticale ou oblique des objets, ainsi qu'une partie du sentiment de l'équilibre.

SÉANCE DU 27 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

Détermination du point vital de la moelle allongée.

M. Flourens lit la note suivante sur le point vital de la moelle allongée.

« M. Alvaro Reynoso, dans la communication importante qu'il a faite à l'Académie (1), m'a cité de la manière suivante :

« M. Flourens a trouvé qu'il y a une partie du bulbe, très circon-« scrite, qui est le véritable siége de la respiration. Ce point se trouve, « chez les lapins, immédiatement au-dessus de l'origine de la huitième « paire, et sa limite inférieure à peu près au-dessous de cette origine. »

« Je profite de l'occasion que m'offre cette citation de M. Reynoso pour définir, avec une précision nouvelle, le point de la moelle allongée que j'appelle le point, le nœud vital, le point premier moteur du mécanisme respiratoire.

« Je disais, dans un mémoire présenté à l'Académie en 1827, que ce point avait trois lignes à peine d'étendue, et je croyais alors beaucoup dire.

« Je puis dire aujourd'hui beaucoup plus : il a à peine une ligne.

« J'ai fait représenter sur deux figures de cerveau, l'une d'un cerveau de chien, l'autre d'un cerveau de lapin, les deux limites, supérieure et inférieure, du point vital, telles que me les donnent mes dernières expériences.

« La limite supérieure passe sur le trou borgne ; la limite inférieure passe sur le point de jonction des pyramides postérieures : entre ces deux limites est le point vital ; et, de l'une de ces limites à l'autre, il y a à peine une ligne.

« Je fais souvent l'expérience, en procédant par des sections transversales.

« Si la section passe en avant du trou borgne, les mouvements respiratoires du thorax subsistent.

« Si la section passe en arrière du point de jonction des pyramides, les mouvements respiratoires de la face (le mouvement des narines et le bâillement) subsistent.

« Si la section passe sur la pointe du V de substance grise, inscrit dans le V des pyramides ou le bec de plume, les mouvements respiratoires du thorax et de la face sont abolis sur-le-champ et tous ensemble.

« Je fais souvent aussi l'expérience d'une autre manière. Je me sers d'un petit emporte-pièce dont l'ouverture a à peine 1 millimètre de diamètre.

« Je plonge cet emporte-pièce dans la moelle allongée, en ayant bien soin que l'ouverture de l'instrument réponde au V de substance grise,

(1) Voir plus bas cette communication.

et l'embrasse. J'isole ainsi tout d'un coup le point vital du reste de la moelle allongée, des pyramides, des corps rétiformes etc., et tout d'un coup les mouvements respiratoires du tronc et les mouvements respiratoires de la face sont abolis.

« J'ai fait représenter sur les deux figures de cerveaux un petit cercle qui embrasse la pointe du V de substance grise.

« Ce petit cercle marque à la fois et la véritable place et la véritable étendue du point vital.

« On voit que ce point, premier moteur du mécanisme respiratoire et nœud vital du système nerveux (car tout ce qui, du système nerveux, reste attaché à ce point, vit, et tout ce qu'on en sépare, meurt), n'est, ainsi que je l'ai répété bien des fois, pas plus gros que la tête d'une épingle.

« C'est donc d'un point qui n'est pas plus gros qu'une tête d'épingle, que dépend la vie du système nerveux, la vie de l'animal par conséquent, en un seul mot, la vie.

« Les physiologistes m'ont souvent demandé de leur indiquer par un terme anatomique la place précise du point que je nomme le point vital.

« Je leur réponds : La place de ce point vital est la place marquée par la pointe du V de substance grise. »

Influence de la partie intra-crânienne du nerf sympathique et des troisième, quatrième, cinquième et sixième paires sur les mouvements de l'iris.

MM. Waller et Budge, dans une lettre adressée à M. Flourens, communiquent la suite de leurs observations sur ce sujet. Voici les résultats principaux qu'ils ont constatés :

L'action du nerf trijumeau sur la pupille est peut-être, de toutes les actions auxquelles est soumis l'iris, la plus difficile à démêler, mais en même temps la plus importante à connaître ; car, suivant que son action est plus ou moins forte, elle peut complétement voiler l'action du nerf sympathique sur la pupille, de sorte que, en galvanisant à différentes occasions, exactement le même point, on obtient tantôt une forte contraction de la pupille, tantôt son extrême dilatation.

D'après les recherches de sir Charles Bell et de ses successeurs, sur les nerfs de la cinquième paire, la petite racine, la racine non ganglionnaire, aurait seule un pouvoir moteur, tandis que les branches ophthalmique et sus-maxillaire seraient purement sensitives. Nos recherches, au contraire, nous ont conduits à la conclusion que la branche ophthalmique de Willis exerce un pouvoir moteur sur l'iris.

Tous les observateurs qui, depuis M. Magendie, ont pratiqué la sec-

tion intra-crânienne du nerf trijumeau, ont, avec lui, signalé, comme un effet invariable, une constriction considérable de la pupille du même côté ; mais aucun de ces physiologistes n'a essayé de mettre en évidence la cause exacte de ce phénomène. Il est évident qu'après la section du trijumeau seul, ce phénomène se complique par la présence des autres nerfs, et qu'il est impossible de décider s'il arrive par suite d'une action réflexe du bout central sur la troisième paire, ou par une action du bout périphérique sur la rétine, et ensuite réfléchie par le nerf optique sur la troisième paire. La question se complique encore par la nécessité de tenir compte d'un fait observé par M. Longet, et que nous avons nous-mêmes fréquemment vérifié, c'est que la constriction n'est pas permanente, mais presque toujours temporaire.

L'immobilité de la pupille et une légère dilatation sont les seuls effets qu'on observe après la section du nerf optique. La section des troisième, quatrième et sixième paires de nerfs ne produit aucun effet sur la pupille après la section du nerf optique. Si, en outre, on fait la section du sympathique au cou, on a supprimé toute connexion entre le cerveau et l'œil, excepté celle fournie par la cinquième paire. La section de la cinquième paire faite alors, soit sur la branche ophthalmique, soit sur tout autre point jusqu'à son origine apparente sur le pédoncule, cause toujours une constriction considérable de l'ouverture de la pupille. Cette constriction de la pupille se fait toujours d'une manière graduelle et lente ; souvent une ou deux minutes se passent avant qu'elle se déclare, et le même délai s'observe avant qu'elle atteigne son maximum de constriction. Si, au lieu de diviser, on irrite ce nerf mécaniquement, on aperçoit, surtout en pinçant l'ophthalmique à sa partie interne, une constriction s'accomplissant de la même manière, mais moins complétement, et disparaissant entièrement au bout de quelques minutes. L'étendue de la constriction par la section complète est ordinairement considérable : la pupille de trois lignes se réduit à une ; mais, par la simple irritation, la constriction qui se produit est moindre.

L'irritation galvanique et mécanique du bout central ne produit aucun effet sur la pupille de l'autre œil. Les mêmes phénomènes s'observent en divisant les nerfs de l'autre œil après l'ablation complète des hémisphères cérébraux.

Après la section du trijumeau à sa racine, on observe un affaiblissement de sensibilité et de pouvoir moteur sur tout le corps ; mais, en outre, on trouve, du même côté de la tête, la perte de sensibilité de la peau, de la face, de la conjonctive, comme après la section de la cinquième paire. Il se produit en même temps une constriction de la pupille plus ou moins considérable qui n'est pas permanente. Sur le côté opposé de la tête, la sensibilité se manifeste d'une manière très évidente.

Par rapport aux parties inférieures du corps, la plus grande perte de sensibilité se fait sur le côté opposé à la section, tandis que le mouvement est plus faible du même côté. L'irritation de la cinquième paire, à son origine dans le bulbe, a été suivie d'une constriction de la pupille moins forte et moins durable qu'après la section de cette partie, mais cette opération est trop promptement mortelle pour donner des résultats significatifs.

Sur le tronc du trijumeau, depuis sa partie postérieure au rocher, le galvanisme produit la constriction pupillaire ; mais en arrière du rocher, les effets sont peut-être moins nets, à cause de la facile désorganisation de cette portion du tronc et de la difficulté de l'isoler des parties voisines. Les autres parties du nerf qui sont en rapport avec l'os et la dure-mère, et qui sont facilement atteintes, sont celles sur lesquelles il convient d'agir pour obtenir des résultats concluants.

Action de la troisième paire. — Après la section du nerf optique, la section de ce nerf ne cause aucune altération dans la grandeur de la pupille. Comme nous avons déjà dit dans notre première communication, l'action de la troisième paire s'épuise très rapidement, et l'irritation galvanique cesse alors de produire aucun effet sur l'iris.

La *quatrième paire* et la *sixième* nous ont toujours paru dans toutes nos expériences n'exercer aucune influence sur la pupille.

Action de la partie intra-crânienne du nerf sympathique sur la pupille. — Dans les expériences sur cette partie du sympathique, il est préférable, pour isoler son action motrice de celle du trijumeau, de couper la cinquième paire en arrière du rocher. Lorsque la constriction causée par cette section est passée, ce qui a lieu après environ quinze à vingt minutes, l'irritation galvanique du sympathique cervical produit son effet ordinaire.

Si, au lieu d'attendre la disparition de la constriction par la cinquième paire, on galvanise immédiatement pendant que la pupille n'a que 1 ligne ou 1 ligne 1/2 de diamètre, on trouve ordinairement l'action du sympathique impuissante pour surmonter celle du trijumeau. Si, après que le trijumeau est découvert, et qu'on a constaté le pouvoir du sympathique de dilater la pupille, on pratique la division de la cinquième paire à des points successivement plus rapprochés de l'œil, on découvre que, jusqu'à la partie antérieure du ganglion gasserien, le sympathique conserve toujours son pouvoir sur la pupille. Mais, quand la section a passé cette limite antérieure, toute action du sympathique sur la pupille est perdue. Ce qui se déduit de cette expérience, c'est que toutes les fibres motrices de l'iris, qui viennent du sympathique, passent par le ganglion de Gasser. On peut constater, de la même manière, que ces fibres accompagnent les fibres de la branche ophthalmique, car, en fai-

sant la section de cette branche à un point quelconque, on paralyse de la même manière l'action du sympathique cervical. La galvanisation locale du nerf trijumeau nous fournit encore d'autres preuves de la connexion du sympathique ciliaire avec le ganglion de Gasser. Comme nous l'avons mentionné en parlant de la troisième paire, si l'on galvanise ce nerf non coupé sur un animal vivant, on obtient, au bout de quelques minutes, une constriction graduelle et lente de la pupille, qui peut durer pendant quinze à trente minutes avant de disparaître. Si le nerf est récemment coupé, ou l'animal encore fortement irritable, on n'aperçoit aucun changement dans la grandeur de l'ouverture pupillaire, probablement à cause d'un état d'équilibre entre le pouvoir de dilatation du sympathique et celui de contraction de la cinquième paire. Plus tard, sur le même animal, la galvanisation, en avant du ganglion gasserien, cause une dilatation de la pupille graduelle et fort considérable.

Une autre méthode, que nous avons employée pour examiner l'action du sympathique, consiste à couper ce nerf à différentes hauteurs, et à attendre quelques jours jusqu'à ce que la désorganisation microscopique ait lieu, et ensuite à le galvaniser à différentes hauteurs. En coupant au cou le cordon au-dessous du premier ganglion, on trouve, après sa désorganisation, que toute action est perdue sur la pupille. En agissant sur le premier ganglion lui-même, on voit la pupille indiquer une action qui, en comparaison de celle qu'on obtient en irritant le cordon intact du sympathique, peut être estimée approximativement comme 1 est à 3 ou 4. Si, sur le même animal, on veut constater, à l'aide du galvanisme, l'état du sympathique intra-crânien, on trouve, comme on pouvait s'y attendre, qu'il agit encore sur la pupille, mais d'une manière plus faible que sur le côté opposé.

Si, au lieu de couper le cordon, on enlève le ganglion cervical supérieur, au bout de six à sept jours, lorsque toute action du sympathique intra-crânienne est abolie, on peut obtenir, de ce côté, l'effet moteur ordinaire en irritant la cinquième paire, mais la dilatation de la pupille ne peut plus s'obtenir. Si, sur le côté opposé de la tête, le nerf a été laissé intact, on obtient les effets ordinaires sur la pupille, d'autant plus intéressants dans ce cas qu'ils servent de terme de comparaison pour le côté opéré.

État physiologique de l'albumine dans l'économie.

M. Mialhe lit, en son nom et celui de M. Pressat, un mémoire sur ce sujet.

Voici quelques extraits qui résument ce travail :

Dans un précédent article, les auteurs ont établi qu'aucune substance

ne peut entrer dans l'économie ou en sortir autrement qu'à l'état de dissolution. Le système circulatoire composé de vaisseaux clos de toutes parts ne peut admettre ou chasser les matières étrangères qu'à travers l'épaisseur des parois ; il y a donc nécessité pour tous les éléments, alimentaires ou non, qui doivent pénétrer dans le torrent circulatoire, qu'ils soient dans un état de dissolution complète afin de pouvoir traverser les membranes, arriver jusque dans la profondeur des tissus.

MM. Mialhe et Pressat se proposent de démontrer que, contrairement à l'opinion des auteurs, l'albumine à l'état normal est insoluble ; qu'elle ne traverse pas les membranes animales ; qu'elle doit, pour pénétrer dans l'économie, ou pour en sortir, subir des transformations qui la rendent momentanément soluble.

Si pendant les expériences endosmotiques, disent ces auteurs, on trouve dans les liquides extérieurs une certaine quantité de matière albumineuse, ce n'est pas de l'albumine normale, c'est de l'albumine modifiée provenant de la macération des membranes mêmes qui ont laissé transsuder la matière albumineuse dont elles étaient imprégnées : mais jamais le sérum ou le blanc d'œuf, dont la composition chimique et les propriétés physiques sont semblables, n'ont traversé les membranes.

Cet état d'insolubilité entraîne nécessairement une organisation spéciale.

L'albumine a, en effet, une organisation spéciale qui la maintient dans un état de suspension et non de dissolution dans le sérum et le blanc d'œuf, et qui la rend pour les propriétés physiques et chimiques parfaitement semblable aux substances globulaires.

Comme les substances globulaires, elle doit, pour pénétrer dans l'économie, subir des modifications qui la rendent soluble et propre à être assimilée ; et les expériences rapportées dans ce mémoire établissent que si l'albumine normale est insoluble, point endosmotique, l'albumine modifiée par un ferment, la pepsine, devient soluble et traverse les membranes.

Ainsi l'albumine existe dans l'économie sous trois états bien distincts par leurs propriétés physiques et chimiques.

1° *L'albumine normale, physiologique*, constituant un des principaux éléments du liquide sanguin ; identique à l'albumine du blanc d'œuf, insoluble, ne traversant pas les membranes, précipitant par la chaleur et par l'acide nitrique, sans qu'un excès d'acide puisse dissoudre le précipité.

2° *L'albumine amorphe, caséiforme*, résultant de la première modification des aliments albumineux sous l'influence des sucs gastriques produit de transition destiné à être converti en albuminose, elle est propre à traverser les membranes, mais impropre à être assimilée ; elle pré-

cipite incomplétement par la chaleur et l'acide nitrique, lequel, mis en excès, dissout le précipité. A mesure qu'elle se modifie, l'albumine *amorphe* se rapproche de l'albuminose, dont elle prend les caractères et les propriétés.

3° *L'albuminose*, produit ultime de la transformation des aliments albuminoïdes par l'acte de la digestion, soluble, endosmotique, assimilable; entraîné par tous les appareils de sécrétion et de composition organique, il se retrouve dans toutes les humeurs animales, le sang, le lait, la salive, la sueur, l'urine, mais en quantité à peine appréciable, c'est lui qui fournit les principaux éléments de la nutrition : il ne précipite ni par la chaleur, ni par l'acide nitrique, et seulement par les réactifs qui décèlent toutes les matières animales.

Ces trois états de l'albumine constituent une seule et même substance qui, en se modifiant, acquiert des propriétés nouvelles. Ils sont chimiquement isomériques, et l'analyse ne peut constater la moindre différence dans leur composition élémentaire. Ils se distinguent seulement par la manière dont ils se comportent avec la chaleur et l'acide nitrique.

Dans l'état de santé, l'*albumine amorphe* et l'*albuminose* sont constamment le produit de la transformation des substances alimentaires extérieures destinées à fournir les matériaux nécessaires à la nutrition ; dans l'état de maladie, il n'en est plus de même, l'*albumine amorphe* et l'*albuminose*, loin d'être des éléments réparateurs venant du dehors, se créent aux dépens de l'albumine normale du sang et des tissus vivants.

Après avoir cherché à établir par des expériences la part que prennent les membranes animales dans les phénomènes endosmotiques, les phénomènes anormaux qui résultent des modifications que les influences morbides introduisent dans l'état pathologique des membranes et de l'albumine, MM. Mialhe et Pressat déduisent de ces faits la théorie de certains phénomènes observés dans plusieurs maladies résultant d'une altération des liquides organiques, telles que les fièvres typhoïdes, le typhus, la fièvre jaune, le scorbut, etc., et ils terminent par des considérations sur la présence de l'albumine dans les urines, qui tendent à établir que l'albumine se trouve dans les urines sous les trois états sous lesquels elle existe dans l'économie, mais se rattachant chacun à des causes pathologiques différentes : l'*albumine normale* à l'altération profonde des glandes rénales, l'*albumine amorphe* à la viciation des liquides, l'*albuminose* au défaut d'assimilation ou à l'influence cholérique.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DU 7 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Instruments destinés à l'extraction de corps étrangers de la vessie.

M. Ségalas lit un rapport sur une réclamation de M. Leroy-d'Étiolles, relative à l'instrument dont M. Courty s'est servi pour extraire une épinglette de la vessie d'un soldat.

M. le rapporteur s'attache à établir que l'instrument imaginé dans le même but par M. Leroy-d'Étiolles a précédé de dix ans celui dont s'est servi M. Courty. Quant à la question de savoir si l'instrument de M. Leroy-d'Étiolles est préférable d'une manière absolue, c'est ce que M. le rapporteur met en doute s'il s'agit d'un instrument semblable à ceux qui sont figurés dans le mémoire rappelé par M. Leroy ; mais si, laissant de côté ce premier modèle, on ne tient compte que du modèle perfectionné que M. Leroy a soumis à l'examen de la commission, M. le rapporteur n'hésite pas à le considérer comme devant être d'une application plus facile, plus sûre, plus générale que l'instrument employé par le chirurgien de Montpellier.

Examinant ensuite, un à un, les nouveaux instruments proposés par M. Leroy-d'Étiolles pour extraire de la vessie les corps étranger sautres que les pierres ou fragments de pierre, instruments qui sont au nombre de 7, M. le rapporteur résume cet examen en proposant à l'Académie de déclarer :

1° Que M. Leroy-d'Étiolles a la priorité sur MM. Courty et Duverger pour la construction d'un instrument destiné à plier sur eux-mêmes les corps métalliques déliés et pointus qu'il s'agit d'extraire de la vessie ;

2° Que les instruments qui vous sont soumis aujourd'hui par ce chirurgien, instruments qui, pour la plupart, sont de simples et ingénieuses modifications de la pince à pansement, de la pince de Kales et du lithotribe ordinaire, paraissent propres à extraire de la vessie des corps étrangers de différentes formes, de différentes natures ;

3° Que dans bien des circonstances, ces instruments pourront faire éviter l'opération de la taille, et par là rendre d'éminents services à l'humanité. — (Adopté.)

Influence de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement sur le développement et la marche de la phthisie.

M. Grisolle, au nom d'une commission composée de MM. Louis, Bricheteau et Grisolle, rapporteur, lit un rapport sur un mémoire de M. le

docteur Ch. Dubreuilh (de Bordeaux), ayant pour titre : *Influence de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement sur le développement et la marche de la phthisie.*

Dans un travail présenté à l'Académie sur le même sujet et à peu près sous le même titre, il y a deux ans environ, M. Grisolle, se fondant sur un certain nombre d'observations dont le résultat s'était montré uniforme, concluait que la grossesse n'avait pas sur la marche de la phthisie le pouvoir suspensif qu'on lui avait généralement attribué jusque-là ; que loin de prolonger l'existence des malades en suspendant les progrès de la lésion tuberculeuse, elle l'abrégeait au contraire en précipitant la marche de la maladie. M. Grisolle, en formulant ces conclusions, faisait un appel aux observateurs, exprimant l'espoir que les faits ultérieurs ne feraient que confirmer la vérité de cette opinion. Tel est le but du travail que M. Dubreuilh fils (de Bordeaux) communiquait à l'Académie dans la séance du 24 décembre 1850 et dont M. Grisolle a été chargé de faire l'examen.

Dans les observations réunies par M. Dubreuilh et qui sont au nombre de 13, on voit que la phthisie s'est déclarée ou du moins qu'elle s'est caractérisée dans les trois premiers mois de la gestation. Sur ce nombre, 4 femmes paraissaient jouir d'une excellente santé au moment de la conception, tandis que les huit autres présentaient déjà depuis un temps plus ou moins long quelques symptômes plus ou moins suspects. Contrairement aux prévisions qu'on devait avoir, d'après les idées reçues, on vit dans tous les cas les accidents, loin de s'amender, se caractériser davantage et la phthisie se confirmer. Dans aucun des faits présentés par M. Dubreuilh, comme dans aucun de ceux que M. le rapporteur a recueillis lui-même, on n'a vu la grossesse exercer sur la marche de la phthisie pulmonaire le pouvoir suspensif qu'on lui a si généralement attribué. Loin de là, elle a plutôt joué le rôle tantôt d'une cause déterminante, tantôt celui d'une circonstance aggravante.

D'après M. le rapporteur, les cas où les premiers accidents de la phthisie se développent au début d'une grossesse et au milieu d'une santé jusqu'alors parfaite, seraient plus communs que ceux où la grossesse est consécutive aux premiers symptômes de la maladie organique. Il a constaté que les femmes décidément phthisiques deviennent, quoiqu'on ait dit le contraire, assez difficilement enceintes. M. Dubreuilh a également signalé cette circonstance, et, au dire de M. Delafond, il en serait de même chez les animaux.

L'auteur a remarqué, en outre, que la phthisie coexistant avec la grossesse ne subit, dans ses symptômes principaux, aucune modification remarquable, ce qui avait également été signalé par M. Grisolle, qui avait même noté dans ses premières recherches que l'état de grossesse

n'avait pas modifié ni rendu plus fréquents certains accidents de la maladie, tels que la dyspnée et l'hémoptysie, ainsi qu'on aurait pu le penser.

M. Dubreuilh a émis, relativement à la marche de la phthisie pendant la grossesse, une opinion que M. le rapporteur ne partage pas ; savoir : que dans les dernières semaines de la gestation il y aurait une sorte d'interruption dans le travail morbide. Si cela existe quelquefois, dit M. Grisolle, ce ne peut être que dans des cas exceptionnels. Il est rare, suivant lui, que la phthisie compliquée de grossesse offre dans la marche ces intermittences, ces suspensions momentanées qui sont si communes dans la tuberculisation ordinaire. Il l'a vue suivre invariablement une marche ascendante et se compliquer de tous les accidents qui peuvent survenir dans le cours de la phthisie.

L'auteur a recherché également le rôle que l'accouchement et l'état puerpéral exerçent sur la marche de la phthisie, et il semble porté à croire que ces conditions précipitent plus souvent que ne l'a dit M. Grisolle, la marche de la phthisie, quelle que soit d'ailleurs la période à laquelle la maladie est arrivée. Il croit que ces conditions nouvelles peuvent développer la phthisie de toute pièce, pourvu que la prédisposition existe déjà ; ou accélérer la terminaison fatale lorsque la maladie est déjà caractérisée. La chose arrive quelquefois, d'après M. le rapporteur, mais pas aussi souvent que le pense M. Dubreuil. M. Grisolle persiste à croire que l'accouchement est plutôt à désirer qu'à redouter, car si des femmes tout à fait épuisées succombent peu après, il est infiniment rare que la même chose arrive lorsque la maladie n'a pas franchi la première ou la seconde période. Il est plus ordinaire de voir alors les accidents s'amender ; il peut même y avoir une suspension telle du mal, qu'on pourrait croire à une guérison.

M. Dubreuilh, voulant éclairer tous les points de la question, a recherché l'influence que la phthisie pouvait exercer à son tour sur la grossesse, il a reconnu, avec M. le rapporteur, comme un fait digne de remarque, que les phthisiques menaient pour la plupart leur grossesse à terme. Il a constaté également que la plupart des femmes accouchent facilement, avec peu de douleurs ; il a constaté, enfin, que les tentatives d'allaitement avaient, pour les mères comme pour les nouveau-nés, les plus déplorables résultats.

Après cette analyse de détail, voici en quels termes M. le rapporteur juge l'ensemble du travail de M. Ch. Dubreuilh.

Les questions que M. Dubreuilh a soulevées sont graves et intéressent au plus haut degré la pratique. Il a démontré une fois de plus que le mariage, ce remède banal des familles pour tous les maux des jeunes filles et pour les constitutions débiles, doit toujours éveiller la sollici-

tude du médecin. Les observations abondent aujourd'hui pour prouver que la grossesse, loin d'être une circonstance heureuse, est trop souvent, pour les femmes qui ont une prédisposition ou innée ou acquise, la cause déterminante de la tuberculisation des poumons. Loin d'être une circonstance heureuse comme on le croit, la coexistence d'une grossesse et de la phthisie ajoute encore au péril et le rend plus prochain.

Il n'est donc plus permis de dire aujourd'hui, avec un écrivain du dernier siècle, que de deux femmes phthisiques au même degré, celle qui devient enceinte arrive sûrement au terme de la gestation, tandis que l'autre pourra périr avant ce temps. Nous croyons que, pour être dans le vrai, il faut renverser cette proposition.

M. Dubreuilh a donc bien mérité de la science en contribuant à détruire une opinion erronée et dangereuse. Votre commission vous propose d'adresser une lettre de remercîments et d'encouragement à ce médecin distingué, et de déposer honorablement son travail dans les archives.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Rétroversion utérine.

M. Alexis Favrot lit un mémoire sur une nouvelle réduction des déviations de la matrice, et en particulier des rétroversions.

Cette méthode consiste dans l'application d'un appareil que M. Alexis Favrot propose d'appeler *réducteur à air*.

Plusieurs observations intéressantes paraissent démontrer qu'à l'aide de ce procédé, on parviendra à réduire plus facilement qu'avec les moyens employés jusqu'à ce jour.

Les figures qui accompagnent ce mémoire, feront mieux comprendre que toute explication le but et le mode d'action de cet instrument.

Il consiste :

Dans une tige en caoutchouc vulcanisé, de 20 à 30 centimètres de longueur sur 4 millimètres de diamètre.

Cette tige porte à l'une de ses extrémités un robinet en cuivre, permettant de retenir ou de laisser passer l'air qu'on y a fait pénétrer.

L'autre extrémité présente une sorte d'ampoule qui rappelle les ingénieux appareils imaginés par M. le docteur Gariel pour le tamponnement des fosses nasales et de l'utérus dans la métrorrhagie et l'épistaxis.

Cette extrémité est susceptible d'une dilatation considérable, et beaucoup plus étendue qu'il n'est besoin, même en supposant un enclavement très résistant de l'organe au dessous de l'angle sacro-vertébral.

Enfin, il convient d'ajouter à cet appareil si simple une *pelote-insufflateur*, destinée à s'adapter par son col au robinet extérieur et à remplir l'ampoule, quand le réducteur à air a été introduit dans le rectum ou le vagin, selon le cas.

Le mode d'application de ce petit instrument est des plus faciles : le réducteur, étant vidé d'air et préalablement chauffé dans la main, est trempé dans une eau mucilagineuse et mouillé avec un peu de blanc d'œuf ; la femme est couchée sur le ventre, la tête un peu basse ; on lui interdit tout effort ; on introduit alors un mandrin dans le *réducteur*, qui permet, en lui donnant de la fermeté, de le faire pénétrer dans le rectum jusqu'à la tumeur qu'on y rencontre. Le mandrin est alors retiré ; on adapte la *pelote-insufflateur*, et à mesure que le réducteur se distend, on appuie par le toucher vaginal le mouvement que subit la matrice ; quand l'organe a repris sa position normale, on ferme le robinet de la tige.

La malade reste couchée quelque temps sur le ventre en évitant tout effort ; et quand l'instrument doit être retiré, on le vide graduellement, dans la crainte de voir se reproduire l'accident en enlevant l'appareil tout d'un coup.

Telle est la petite manœuvre qu'exige l'emploi du *réducteur à air*, manœuvre très simple, nullement douloureuse, agissant lentement, sans violence, mais d'une manière continue, et presque infaillible.

Je solliciterai encore l'attention de l'Académie sur un avantage que ne présentent pas les autres moyens employés jusqu'ici, avantage que je crois important.

Il consiste dans l'impossibilité de la reproduction de la déviation utérine après que la réduction en a été opérée.

On objectera sans doute qu'il ne sera guère possible aux femmes de conserver cette ampoule dilatée dans le rectum sans qu'elle amène du ténesme, des épreintes et des douleurs ; mais on voudra bien remarquer que la femme pourra elle-même diminuer les compressions dès qu'elles deviendront trop gênantes. Il lui suffira d'ouvrir le robinet de la tige et de laisser échapper quelques portions de l'air contenu dans l'ampoule, pour que le malaise cesse à l'instant même.

Une autre objection plus sérieuse peut m'être faite. Il est des cas où la rétroversion de l'organe gestateur, survenue pendant la grossesse, amène avec elle (surtout à la suite d'efforts brusques) des compressions et un enclavement tels, que des efforts très énergiques ont été impuissants. Tous les médecins savent qu'à l'autopsie même on ne parvient pas toujours à réduire, comme dans cette observation de Hunter où il fallut séparer la symphise du pubis pour désenclaver l'organe rétroversé.

SÉANCE DU 14 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

— M. Leroy-d'Étiolles adresse une lettre en réponse à celle qu'a écrite M. Mercier dans le but de revendiquer, en faveur de Ch. Bell, la bougie exploratrice à boule, et de blâmer la bougie tortillée. Sur le premier point, dit M. Leroy-d'Étiolles, « pour mettre l'Académie à même de « juger du degré de loyauté qui a dicté la lettre de M. Mercier, il me « suffira de placer sur le bureau mon *Traité des rétrécissements*, pu- « blié en 1845, et deux notices publiés en 1847 et 1849, toutes deux « commencent par cette phrase : bougies exploratrices à boule et en « gomme, au moyen desquelles on peut connaître le nombre et la lon- « gueur des rétrécissements ; *elles sont un perfectionnement des bou- « gies métalliques de Ch. Bell.* M. Mercier a publié une critique très « acerbe et très malveillante de ces brochures ; il en connaissait fort « bien le contenu ; il a donc déloyalement porté contre moi une accusa- « tion qu'il savait être fausse. »

En ce qui concerne la sonde coudée, M. Leroy-d'Étiolles se plaint de ce que M. Mercier, pour le mettre en contradiction apparente, rapporte sciemment à la sonde coudée flexible ce qu'il a dit de la sonde métallique coudée à angle presque droit.

Quant à la bougie tortillée, que M. Mercier déclare irrationnelle, c'est, dit M. Leroy-d'Étiolles, une affaire pratique et d'expérience ; que les médecins, lorsqu'ils trouveront des retrécissements qui leur sembleront infranchissables, essayent de la bougie capillaire tortillée et coudée à sa pointe, ils apprécieront la valeur pratique de ce que M. Leroy appelle une importante minutie.

« J'ai lieu de m'étonner, dit en terminant M. Leroy-d'Étiolles, de la « violence avec laquelle ne cesse de m'attaquer M. Mercier, lui qui doit « à ma seule modération de n'avoir pas été poursuivi pour calomnie et « diffamation. La prescription le met aujourd'hui à l'abri d'une pour- « suite judiciaire ; mais je le cite devant le tribunal de l'opinion, dont « la justice, bien qu'elle marche pour moi *claudo pede*, finira pourtant, « j'espère, par arriver. »

— M. Champouillon, professeur à l'École d'application du Val-de-Grâce, à propos de la substitution de l'huile iodée à l'huile de foie de morue proposée par M. Personne, expose le résultat de son expérimentation sur l'efficacité comparative de l'iode et de l'huile de foie de morue dans le traitement de la tuberculisation pulmonaire.

Dans l'espace de deux ans, j'ai donné, dit M. Champouillon, l'huile de foie de morue à 102 individus tuberculeux. En négligeant les cas simplement améliorés ou demeurés stationnaires, j'ai noté comme effets de cette médication pour la première période de l'affection, comprenant 51

malades, 24 guérisons, pas de décès; pour la seconde, 37 malades, 9 guérisons, 5 décès; pour la troisième, 14 malades, 6 guérisons, 4 décès; 73 autres sujets, phthisiques à différents degrés, ont été amalgamés par éléments similaires en cinq groupes; chacun de ces groupes fut mis au régime de l'iodure de potassium, de l'iodure de fer, de l'iodure de soufre, de la teinture d'iode ou de l'émulsion iodée.

Dans aucun cas, je n'ai observé d'amélioration qui pût être rapportée à l'une ou à l'autre de ces préparations.

Bien que l'iode fût administré avec circonspection, j'ai vu 29 fois cet agent exaspérer violemment la toux, 12 fois provoquer la diarrhée, et 8 fois exciter une salivation importune.

Transfusion du sang pratiquée pour un cas d'anémie.

M. Monneret communique la relation d'une transfusion du sang, qu'il a pratiquée pour un cas d'anémie.

Il s'agit d'une jeune femme de 28 ans, en proie depuis son enfance à de fréquentes et abondantes hémorrhagies, qui étaient réduites depuis peu de temps à un simple suintement sanguin vaginal alternant avec des pétéchies, et qui se trouvait réduite au plus extrême degré d'anémie au moment où elle est entrée à l'hôpital.

L'état de la malade s'aggravant de jour en jour, malgré l'emploi d'un traitement tonique, M. Monneret, après s'être assuré de l'intégrité des viscères, se décida à pratiquer la transfusion.

L'opération fut pratiquée le 7 octobre; on injecta 120 grammes de sang défibriné. La malade supporta bien d'abord cette opération; elle n'éprouva aucune sensation particulière pendant toute la durée de l'injection; le pouls s'était même relevé. Néanmoins, quelques heures après, il survint une grande agitation, avec soif ardente, bientôt suivie de refroidissement des extrémités, affaiblissement graduel, et la malade succomba.

A l'autopsie, on constata diverses lésions, telles que la flaccidité, la mollesse et la pâleur de presque tous les parenchymes, de nombreuses pétéchies à la surface de la plupart des organes, qui appartenaient toutes exclusivement, suivant M. Monneret, à l'anémie. Il ne découvrit aucune altération qui pût être attribuée à la transfusion; aucune hémorrhagie intérieure n'avait eu lieu, aucune concrétion fibrineuse ne s'était formée pendant la vie dans le cœur ni dans les gros vaisseaux. Le sang, examiné au microscope pendant la vie et après la mort, n'a offert aucune altération spéciale ni dans ses globules, ni dans sa fibrine.

En présence de ces résultats, M. Monneret se demande s'il faut rapporter la promptitude de la mort aux progrès de l'anémie, ou si la transfusion y a été pour quelque chose.

Nous croyons devoir reproduire la discussion à laquelle il s'est livré sur ce sujet.

Je dois d'abord faire remarquer, dit M. Monneret, qu'il ne s'est manifesté, pendant l'opération et immédiatement après, aucun de ces phénomènes redoutables qui attestent une grave perturbation dans l'organisation, et que l'on trouve indiqués dans la relation d'un certain nombre de faits du même genre. Les symptômes furent, au contraire, assez favorables pour faire croire au succès de l'opération ; l'affaiblissement graduel, les plaintes, l'agitation, le collapsus et l'anéantissement de la circulation étaient les mêmes symptômes que ceux qui avaient été observés chez la malade les jours précédents ; on peut donc soutenir qu'ils n'étaient, en définitive, que le résultat de l'anémie, et que telle est la seule cause de la mort. Je ne crois pas devoir me ranger à cette opinion, qui a été émise et défendue par plusieurs de mes confrères. Le mélange de deux sangs, ou plutôt la pénétration plus intime de ce liquide dans le parenchyme et dans le système nerveux, loin d'y avoir produit une stimulation favorable à l'accomplissement des fonctions, me paraît les avoir stupéfiées, et j'en dirai plus loin la cause.

On peut objecter que le procédé opératoire est défectueux et qu'il est la cause principale de l'insuccès que j'ai subi ; il est donc nécessaire d'insister sur ce point essentiel dans l'histoire de la transfusion. Voici comment j'ai opéré. J'ai extrait 400 grammes environ de sang à un jeune homme âgé de 20 ans qui se plaignait de pesanteur de tête ; sous tous les autres rapports, il jouissait d'une santé parfaite. Le sang, reçu dans une palette dont la température avait été élevée à 40° centigrades, fut soumis au battage jusqu'à ce que la fibrine se fût séparée. Le sang, ainsi défibriné fut passé à travers un linge et introduit, dans un état de fluidité parfaite, à une température de 38° centigrades, dans la veine céphalique. Celle-ci reçut 120 grammes de sang. Ainsi donc j'ai, après mûres réflexions, transfusé non pas le sang, mais la sérosité du sang avec l'albumine, les sels et les globules.

Les travaux anciens et récents des physiologistes ont mis hors de doute l'action vivifiante des globules sanguins. Ils ont établi que c'est la richesse plus ou moins grande du sang en globules qui détermine le degré de force et d'activité fonctionnelles. Hunter l'a formellement reconnu, et les expériences de MM. Prevost, Dumas, Diffenbach et Bischaoff ont prouvé que l'injection de la sérosité avec les globules suffit pour rendre la vie aux animaux qui vont succomber. Les recherches plus récentes encore de M. Brown-Séquard sont confirmatives de ces expériences. Enfin, Muller conseille très expressément, dans les cas où l'on juge la transfusion indispensable, d'employer du sang défibriné.

Dans les divers procédés que l'on suit pour opérer le transfusion, on

cherche par tous les moyens possibles à ne faire pénétrer que du sang fluide. Tantôt on fait tomber ce sang dans une palette échauffée, et on vient l'y puiser avec une seringue; tantôt on le reçoit à la sortie de la veine, et on l'injecte immédiatement. Ce dernier procédé est le seul auquel on doive recourir. Quel que soit celui qu'on adopte, il faut savoir que le sang cesse de posséder ses propriétés normales dès qu'il a abandonné le vaisseau qui le renfermait. La fibrine n'est plus dans son état de dissolution parfaite. Elle commence immédiatement à se séparer sous forme d'un liquide blanc et brillant. On ne l'aperçoit pas encore à l'état solide et sous la forme d'un caillot limité et distinct qu'elle prendra plus tard; elle ne constitue alors qu'un vaste réseau aussi volumineux que le sang lui-même, parce qu'il n'est pas encore contracté et réduit à sa plus petite dimension; mais on peut affirmer que cette propriété si remarquable qu'a la fibrine de se contracter existe dans les gouttelettes du sang qui vient de sortir du vaisseau. Il est facile de comprendre le danger auquel expose cette solidification rapide que rien ne peut faire éviter, si ce n'est le battage opéré avec le sang extrait de la veine. Cette fibrine, en passant dans les vaisseaux, ne tarderait pas à y provoquer des obstructions mortelles.

En défibrinant le sang, on se prémunit contre ce funeste accident, mais on ne fait encore pénétrer dans les vaisseaux qu'un sang altéré. C'est là une grave objection que l'on peut diriger contre le procédé que j'ai suivi; cependant, il faut reconnaître que la sérosité et les globules possèdent des propriétés vivifiantes incontestables et que l'élément globulaire est moins susceptible de s'altérer que la fibrine.

Lorsqu'on retire la fibrine du sang, les globules ne subissent pas une altération plus marquée que si l'on employait du sang pur et avec ses divers éléments. J'étais donc fondé à me servir de sang, qui, en définitive, était moins altéré que celui que l'on injecte d'ordinaire, puisque je me débarrassai de la fibrine, dont la présence a tant d'inconvénients. La liqueur du sang dont j'ai fait usage n'était pour moi qu'une sorte d'agent momentané de stimulation, et je ne l'ai jamais considéré comme la représentation exacte du sang contenu dans les vaisseaux.

Ce qui rendra toujours la transfusion du sang une opération antiphysiologique, ce n'est pas seulement parce qu'on introduit un sang dont les globules et la fibrine et que probablement d'autres principes immédiats sont altérés, mais parce qu'on ajoute à un organisme un liquide qui a été élaboré, modifié, préparé par un organisme qui ne ressemble pas à l'autre.

Ainsi, tout en considérant comme très légitimes les efforts qui ont été tentés pour rendre la vie à l'aide de la transfusion, je ne puis m'empêcher de dire qu'un médecin hésitera toujours à la pratiquer lorsqu'il se rappellera que le sang dont il va faire usage pour rendre la vie est un

sang privé de vie, altéré, le cadavre du sang normal ; il pensera que ce sang étranger n'a avec les nouveaux organes qui vont le recevoir aucun rapport d'origne, de sensibilité ; enfin qu'il ignore entièrement si ce liquide pourra être supporté sans accidents par les nouveaux vaisseaux qui sont forcés de l'accepter. Mais, dira-t-on, cette opération a réussi dans un certain nombre de cas : lorsqu'on examine de près et en remontant aux sources les faits cités par les auteurs ; lorsqu'on se débarrasse des interprétations fournies pour expliquer les insuccès et que l'on juge avec impartialité, on trouve alors que, même dans les cas où la guérison a eu lieu, il n'est pas certain qu'elle ait été produite par la transfusion. En effet, on est frappé tout d'abord de la minime quantité de sang qui a été injectée chez les malades guéris, et l'on se demande si on doit la considérer comme la cause du rétablissement. Tout au plus peut-on dire qu'elle n'a pas été nuisible chez un certain nombre de malades qui auraient guéri si on avait compté davantage sur les ressources offertes par la nature. Pour que la transfusion déterminât une résurrection incontestable il faudrait que la quantité de sang injectée fût assez grande pour remplacer le liquide absent. Or c'est ce que l'on n'a jamais fait.

(Comm. : MM. Andral, Roche et Laugier.

Sirop de castoréum composé.

M. Lebrou, pharmacien, lit une note sur la préparation du sirop de castoréum composé.

Le but que l'auteur s'est proposé en préparant le médicament qu'il soumet à l'appréciation de l'Académie est de remplir une lacune dans les préparations antispasmodiques officinales. Le sirop de castoréum, tel que M. Lebrou le prépare, ne présente aucun des inconvénients qu'il signale dans la plupart des autres préparations antispasmodiques officinales, notamment les préparations de valériane ; son aspect n'a rien de repoussant pour le malade ; délayé dans un peu d'eau, soit dans une potion, soit pur, le liquide reste parfaitement clair, limpide, incolore. Sous cette forme, les substances qui entrent dans sa composition peuvent être administrées avec la plus grande facilité, et leur action est presque instantanée. Quant à l'association que l'auteur a cru devoir faire de la valériane et du castoréum dans ce sirop, elle a pour but, en réunissant des substances jouissant l'une et l'autre de propriétés efficaces à peu près identiques, d'augmenter l'action du médicament et d'éviter des tâtonnements inévitables en présence de la difficulté de distinguer les nuances que présentent les névroses entre elles, comme de bien déterminer les différents états pathologiques pour lesquels chacune de ces substances aurait une action plus spéciale. (Comm., MM. Chevallier, Soubeiran, Girardin.)

SÉANCE DU 21 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Emploi du sel ammoniac (chlorhydrate d'ammoniaque) dans le traitement des fièvres intermittentes.

M. Aran, médecin des hôpitaux, lit une note sur ce sujet. C'est après avoir lu, dans une collection de mémoires publiés dans le dernier siècle, une dissertation adressée par G. Muys en 1716 à la Société royale de Londres, que M. Aran s'est décidé à expérimenter de nouveau le sel ammoniac dans les fièvres intermittentes. Muys a consigné en effet dans cette dissertation, intitulée : *De salis ammoniaci præclaro ad febres tertianas et quotidianas intermittentes usu,* 28 observations détaillées de fièvres tierces, doubles quotidiennes et quotidiennes, guéries en deux ou trois jours par l'administration du sel ammoniac à la dose d'un gros, un gros et demi donnés en une seule fois, très peu de temps avant l'accès, et sur ces 28 fièvres ainsi guéries, 2 seulement ont récidivé.

M. Aran a employé le sel ammoniac dans 14 cas de fièvres intermittentes seulement; il en avait réuni un plus grand nombre ; mais sur 25 fièvreux reçus dans ses salles, il en eut 11 chez lesquels la fièvre n'a pas résisté au repos ou aux vomitifs. Des 14 autres fièvres, il faut encore en défalquer une (fièvre rémittente symptomatique d'une tuberculisation intestinale et d'une néphrite albumineuse), dans laquelle les accès ont été suspendus ; mais la fièvre a persisté. Restent donc 13 cas de fièvres intermittentes traités par le sel ammoniac, à savoir : 5 tierces, 7 quotidiennes et 1 irrégulière ; 10 étaient compliquées d'état cachectique, 6 avaient été contractées en Afrique. De ces 13 fièvres, 7 avaient résisté aux vomitifs ; 2, coupées par l'arsenic, avaient récidivé deux fois pendant le séjour à l'hôpital ; 4 autres malades n'ont pû être traités par les vomitifs, parce que leur état de maladie ou de faiblesse semblait contre-indiquer l'emploi de ce moyen; 1, parce qu'il était près de quitter l'hôpital.

Le mode d'administration du sel ammoniac suivi par M. Aran a été le suivant dans presque tous les cas : les malades ont pris, à l'époque la plus éloignée de l'accès, tous les jours, pendant deux, trois, quatre, cinq jours, six et sept jours même dans quelques cas plus rebelles, la potion suivante en deux fois, à deux heures d'intervalle :

Hydrochlorate d'ammoniaque. . .	8	grammes.
Eau distillée de menthe.	50	—
— de fleurs d'oranger. .	50	—

Après chaque prise, on donnait au malade une petite tasse de café

sucré, suivant le précepte de Muys, afin de faire disparaître le goût amer, salé et cuivreux que laisse la potion. M. Aran a renoncé à donner le sel ammoniac à l'approche de l'accès, comme le faisait Muys, parce qu'il a observé deux fois des vomissements. L'efficacité de la médication n'est nullement modifiée par ce changement dans le mode d'administration.

Contrairement à ce qui a été écrit sur les effets physiologiques des sels ammoniacaux, M. Aran n'a observé aucune modification dans l'état général ou local des malades soumis à ce traitement ; les effets physiologiques ont été absolument nuls, et dans 2 cas seulement il y a eu des vomissements, la potion ayant été administrée très près de l'accès. Tous les malades ont accusé une augmentation d'appétit. Muys avait fait la même remarque.

Les résultats thérapeutiques ont été on ne peut plus satisfaisants : les 13 fièvres ont été coupées, 7 au premier accès, 4 au deuxième, une au troisième et une autre au quatrième accès. Le premier accès a été sensiblement modifié dans sa durée et dans son intensité dans les 4 cas où la fièvre a été coupée au deuxième accès ; dans les deux autres il n'en a pas été ainsi, et l'une de ces fièvres a passé, avant de guérir, du type tierce au type quotidien. Quant aux récidives, M. Aran n'en a encore observé qu'une chez un jeune homme en proie à la cachexie paludéenne et affecté d'un énorme gonflement de la rate. M. Aran n'a pas constaté que l'hydrochlorate d'ammoniaque eût une influence bien marquée sur ce gonflement.

M. Aran n'a pas eu à traiter de fièvre quarte ; mais une jeune femme du service de Mr Guillot, affectée d'une fièvre quarte rebelle au quinquina, n'a pu être guérie par le sel ammoniac.

Ces faits, dit en terminant M. Aran, rapprochés de ceux de Muys, sont bien de nature à encourager les praticiens à reprendre les expérimentations avec le sel ammoniac. Le prix peu élevé de ce médicament, son administration facile, son innocuité, le recommandent surtout aux médecins qui pratiquent parmi les populations rurales. Reste à savoir si le sel ammoniac comptera autant de succès dans les contrées marécageuses, où les fièvres sont endémiques, qu'il en a eu dans le climat parisien. C'est à l'expérience à nous l'apprendre.

SÉANCE DU 28 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Emploi du tannate de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes.

M. Lefèvre (de Rochefort) adresse, en réponse à la demande qui lui en a été faite au nom de l'Académie, le résultat de ses observations sur

l'emploi du tannate de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes.

Par les observations de M. Lefèvre, on voit que le tannate de quinine a été administré à 17 malades, qui ont fourni par les rechûtes survenues à quelques-uns 20 cas de fièvre intermittente, savoir :

8 cas de fièvre quotidienne, dont 1, suite de rechûte, combattue par le même agent ;

7 Cas de fièvre tierce dont 2 rechûtes ;

5 cas de fièvre quarte.

Parmi les 8 fièvres quotidiennes le tannate n'a pas réussi une fois.

Dans les 7 fièvres tierces, il a toujours arrêté les accès.

Dans les 5 cas de fièvres quartes, il a échoue 2 fois.

Pour arrêter la fièvre quotidienne, la quantité de tannate administré a varié de 0,50 à 2 grammes.

Pour la fièvre tierce, elle a varié de 1 à 3 grammes.

Pour la fièvre quarte, elle a varié de 2 à 3 grammes.

Le tannate de quinine a été administré mêlé soit à du sirop de sucre, soit à une pulpe de fruit cuit. Les doses ont varié de 0,25 à 0,50 à la fois.

On l'administrait, dans les fièvres quotidiennes, immédiatement à la fin de l'accès ;

Dans les fièvres tierces, le jour de l'intermittence ;

Dans les fièvres quartes, les deux jours d'apyrexie.

Il résulte de ces observations que le tannate de quinine aurait, à poids égal, une activité égale, mais non supérieure à celle du sulfate de quinine pour enrayer la fièvre d'accès. L'auteur a constaté que ce médicament est facilement toléré par l'estomac, et qu'il ne détermine pas les troubles nerveux produits souvent par le sulfate de quinine. Sa presque insipidité en rend l'ingestion facile, et si les faits observés à Rochefort se confirment, ce serait une préparation bien précieuse pour traiter les enfants atteints de fièvre intermittente. Le tannate de quinine ne modifie pas l'économie de manière à empêcher les rechûtes des fièvres d'accès ; elles sont aussi communes après l'usage de ce sel qu'après celui des autres antipériodiques. (Commission des fébrifuges.)

Quelques réflexions sur le purpura hœmorrhagica.

M. Fournié (de Bordeaux) adresse un mémoire ayant pour titre : *Quelques réflexions à propos d'une observation de purpura hœmorrhagica.* L'auteur résume son opinion en disant que le *purpura hœmorrhagica* diffère complétement du scorbut par les causes, les modes de manifestation, sa marche, ses accidents, la composition du sang des

sujets qui en sont atteints et par son traitement ; que si le scorbut semble tenir essentiellement à une altération des liquides, et principalement du sang, le *purpura* semble être caractérisé par une altération des solides en général, et du système capillaire en particulier.

Anévrsime vrai de l'artère carotide.

M. Louis Chapel, chirurgien en chef des hospices de Saint-Malo, adresse des observations et des réflexions sur un anévrisme *vrai* de l'artère carotide, suivi de mort. De toutes les considérations qui lui ont été suggérées par cette observation, il lui paraît ressortir :

1° Que l'opération devenait indispensable après le traitement qui avait été tenté sans succès, à cause des douleurs qui altéraient profondément l'état du malade ;

2° Que, dans le cas particulier rapporté dans ce travail, il n'y avait pas à hésiter entre la ligature et l'électro-puncture. Cette dernière opération devait être rejetée à cause de son incertitude, du temps qu'il faut attendre pour obtenir la coagulation du sang, des douleurs qu'il faut endurer et des escharres, qui ne sont pas toujours aussi innocentes qu'on a voulu l'affirmer ;

3° Que le malade est mort d'un ramollissement du cerveau et du cervelet, qui n'avait donné aucun signe de son existence pendant la vie, et qui a dû recevoir une fâcheuse influence de l'interruption brusque de la circulation carotidienne. De l'inspection des altérations anatomo-pathologiques, l'auteur a cru pouvoir conclure à un état de maladie de l'encéphale antérieur à l'opération.

4° Que le cas cité est un exemple d'anévrisme vrai dont Scarpa niait l'existence, lésion artérielle qui aurait contribué à l'altération de la pulpe cérébrale, et à développer, par la compression des nerfs sensitifs, ces atroces douleurs dont se plaignait si amèrement le malade.

5° Enfin, que s'il faut agir avec beaucoup de prudence à l'endroit des opérations d'anévrisme, il ne faut pas non plus se laisser aller à des lenteurs qui auraient pour résultat d'occasionner des accidents irrémédiables du côté des viscères ou du sac anévrismal. (Comm. : MM. Bérard, Velpeau, Jobert et Malgaigne.)

Trachéotomie pratiquée pour un cas de croup.

M. Jobert lit, en son nom et au nom de M. Velpeau, un rapport sur *une observation de trachéotomie pratiquée dans un cas de croup* par M. Maslieurat-Lagémard, et à la suite de laquelle il a employé un procédé de dilatation de la plaie déjà décrit et présenté par lui au juge-

ment de l'Académie en 1840. L'observation communiquée par M. Maslieurat-Lagémard n'offre, sous le rapport de l'affection en elle-même, rien de particulier ; mais M. Maslieurat a introduit dans le manuel opératoire un procédé de dilatation de la plaie auquel il attribue une grande importance ; voici la description de la pièce dilatatrice que M. Maslieurat a imaginée pour atteindre ce but. Cette pince se compose d'une tige en fil de fer tournée en spirale par son milieu, de manière à tenir constamment écartées les deux extrémités, et à permettre leur rapprochement à volonté par l'élasticité de ce milieu : sur chaque extrémité se trouvent deux petits crochets pointus et recourbés en dehors. Ce sont ces crochets qui, implantés sur la face interne de la trachée, écartent seuls, et d'une manière permanente, les bords de cette plaie. C'est, en un mot, la représentation du blépharostat si connu aujourd'hui, avec cette différence, toutefois, que les deux petits crochets au lieu d'être mousses et arrondis, comme il les faut pour soulever les paupières, ont une courbure moins intense, et sont pointus, afin de se fixer sur les bords de l'ouverture qu'on veut tenir écartés. On dirige en bas l'extrémité recourbée de la pince qui offre un léger coude au milieu de ses branches, afin de la fixer avec un cordon, ou même de graduer son écartement à volonté au moyen d'un fil qui limiterait ce degré d'écartement de ses branches.

Nous avons examiné, dit M. le rapporteur, cette pince avec attention ; nous l'avons appliquée dans un certain nombre de trachéotomies artificielles faites sur le cadavre, et voici les réflexions que son emploi nous a suggérées. La force des ressorts qui tient écartées les deux branches de la pince est avant tout un obstacle réel à son introduction dans la trachée ; cette force tend toujours à éloigner les uns des autres les six petits crochets recourbés en dehors et détermine dans le manuel opératoire des hésitations et des temps d'arrêt nuisibles certainement à une action qui a besoin d'être sûre et rapide ; cet obstacle moins marqué, si le sujet est maigre, devient très grand dès que l'épaisseur des tissus divisés est notable. La très légère courbure des trois crochets est trop faible pour les maintenir convenablement dans la trachée, et l'état lisse de leur concavité, uni à l'émoussement de leur pointe, rend encore leur déplacement plus facile.

La pince que nous avons sous les yeux est munie de trois petits crochets latéraux. Cette disposition rend son introduction très laborieuse, et nous comprenons que M. Maslieurat ait conseillé de réduire leur nombre à deux. Mais, malgré cela, il y aura encore d'autres inconvénients à son emploi : ainsi, on ne pourra que très difficilement mesurer la force de dilatation imprimée aux lèvres de la plaie, et la fixation de la pince telle qu'elle est construite sera très incertaine. En effet, d'une part, le coude autour duquel on doit attacher le fil qui sert à la main-

tenir en place, n'est pas perpendiculaire à la ligne dans le sens de laquelle s'exerce la traction. Et d'une autre, la pression opérée par le ressort sur les lèvres de la plaie se fait d'une manière inégale, c'est-à-dire d'une façon instable : très forte vers le crochet terminal, elle va en diminuant à mesure qu'on se rapproche du ressort, d'où il suit que, sous l'influence d'un déplacement ou d'un tiraillement même léger, la pince bascule de bas en haut, tend à s'engager à droite ou à gauche dans le tissu cellulaire sous-cutané, abandonne l'angle inférieur de la plaie, et s'échappe ensuite avec une grande facilité.

Il ne faut pas exagérer, ajoute M. le rapporteur, l'importance de ce nouvel instrument, autant que l'auteur se sent disposé à le faire lui-même. Si, sur les cinq opérations où il a eu recours à ce moyen, il a obtenu deux succès, rien ne prouve, d'une façon péremptoire, que la guérison a été due principalement et exclusivement à l'emploi de la pince dilatatrice. Trop d'autres causes générales ou locales doivent être prises en considération, pour qu'on accepte sans réserve la signification donnée par M. Maslieurat à la statistique qu'il rapporte.

Telles sont, dit en terminant M. le rapporteur, les observations que nous avons cru devoir faire au sujet de la communication de M. Lagémard, dont les travaux ont été plus d'une fois favorablement appréciés par l'Académie. Nous avons voulu établir sérieusement le degré d'application de cet instrument.

En rendant justice au zèle de notre confrère et à son habileté chirurgicale, nous avons l'honneur de vous proposer de lui adresser des remercîments, et de déposer honorablement son travail dans les archives. (Adopté.)

Jambe artificielle.

M. H. Larrey lit un rapport favorable sur un appareil prothétique destiné à remplacer le pilon pour les amputés du membre inférieur imaginé par M. de Beaufort. M. le rapporteur propose de remercier l'auteur pour la communication et de déposer honorablement aux archives le mémoire descriptif de son appareil.

Ces conclusions sont adoptées.

Traitement antisyphilitique chez les femmes enceintes.

M. Devilliers fils lit un travail intitulé : *Recherches sur le traitement antisyphilitique chez les femmes enceintes.* L'auteur résume son travail dans les conclusions suivantes :

1° La femme enceinte et le fœtus supportent, en général, assez bien

le traitement antisyphilitique mercuriel pendant la première moitié de la grossesse et même dès la première semaine.

2° La cause des effets nuisibles du traitement à cette époque paraît résider principalement dans son défaut de tolérance par les organes digestifs de la mère et dans l'irritabilité nerveuse qu'il développe quelquefois ; c'est assez souvent alors par une cause mécanique que l'avortement a lieu.

3° Le fœtus devient d'autant plus accessible aux effets de l'affection syphilitique et impressionnable à l'action des médicaments spécifiques, qu'il approche de la perfection nécessaire à la vie extra-utérine.

4° Dans l'application du traitement on doit se rappeler les circonstances suivantes, observées dans la marche de l'affection syphilitique pendant la grossesse :

a. La conception possède le pouvoir de provoquer, dans un grand nombre de cas, l'apparition au dehors de symptômes de syphilis restés latents depuis un espace de temps plus ou moins long.

b. L'état de gestation paraît activer plus souvent que retarder le développement ou la marche des accidents vénériens.

c. Ceux-ci éprouvent pendant la grossesse des oscillations assez fréquentes et ont de la tendance à reparaître, surtout vers le sixième, septième ou huitième mois.

d. Ils disparaissent, en général, spontanément et assez rapidement après la parturition.

5° Contre les accidents primitifs des premiers mois, les palliatifs sont inutiles, et on doit employer immédiatement un traitement radical. Pour les accidents secondaires et tertiaires de la même époque, on a des motifs encore plus pressants pour ne pas ajourner le traitement spécifique.

6° Un traitement actif, entrepris ou recommencé vers les derniers mois de la grossesse, c'est-à-dire vers cette époque ou l'avortement par cause syphilitique se produit le plus fréquemment, doit être administré avec des précautions relativement plus grandes que pendant les premiers temps.

7° Si le traitement entrepris dans la première moitié de la gestation n'est pas complétement interrompu ou ne l'est que depuis peu de temps, lors de la réapparition des symptômes dans les derniers mois, sa reprise expose moins au développement d'accidents, soit chez la mère, soit chez le fœtus.

8° Il ne faut donc pas cesser trop vite le traitement après la disparition des accidents syphilitiques, et le continuer à une très faible dose aussi longtemps que possible.

9° Le traitement antisyphilitique semble être d'autant mieux supporté

par la mère et le fœtus à toutes les époques de la gestation, qu'il s'adresse à des accidents plus compliqués et plus graves de la syphilis.

10° Les symptômes syphilitiques, soit primitifs, soit secondaires, qui se montrent pendant les dernières semaines de la grossesse, doivent être l'objet d'un traitement non-seulement local (lorsqu'ils ont leur siége aux parties génitales, et afin d'éviter la contagion), mais encore général, l'enfant paraissant mieux disposé dans ce cas à subir le traitement mercuriel s'il devient nécessaire après la naissance.

11° Après l'accouchement, il faut ne pas attendre trop longtemps pour commencer ou reprendre le traitement, ne pas s'autoriser de la décroissance, assez fréquente à cette époque, des symptômes syphilitiques pour s'abstenir de le mettre en usage, et ne pas dépasser le huitième ou dixième jour si l'enfant allaité par sa mère porte des traces de syphilis.

12° Dans le commencement de la grossesse, les médicaments antisyphilitiques internes sont souvent mal tolérés par les femmes enceintes. Cela a lieu moins fréquemment vers le milieu et les derniers mois de la gestation. Dans le premier cas, on leur préfèrera, autant que possible, les frictions mercurielles. (Comm. : MM. Danyau et Gibert.)

Phimosis congénital.

M. L. Fleury lit un mémoire sur le phimosis congénital, au point de vue médico-chirurgical.

L'auteur résume son travail dans les propositions suivantes :

1° Le phimosis congénital a une importance pathogénique qui a été à peu près complétement méconnue jusqu'à présent, et qui, cependant, doit fixer l'attention des praticiens.

2° Le phimosis congénital donne lieu à trois ordres de phénomènes morbides :

a. A des accidents se rattachant aux organes génitaux, au sens génital et aux fonctions de la génération. La verge et les testicules présentent souvent un volume très peu considérable ; la muqueuse du gland est fine, rouge et d'une sensibilité très exagérée : le coït est douloureux, l'éjaculation incomplète, difficile et souvent accompagnée d'une vive douleur périnéale ; des érections fatigantes et des pollutions nocturnes se montrent fréquemment, ainsi que des écoulements urétraux se produisent après les coïts les plus purs. Le sens génital est tantôt excité, au point de produire des érections presque continuelles, des désirs vénériens immodérés, des manœuvres de masturbation, des pertes séminales involontaires ; tantôt, au contraire, il est pour ainsi dire éteint, et l'on observe une anaphrodisie plus ou moins complète.

b. A des phénomènes se rattachant aux organes urinaires, et principalement caractérisés par des envies très fréquentes d'uriner, des douleurs à l'orifice de l'urètre, et d'autres accidents qui sont ordinairement attribués à une névralgie vésicale, à une maladie de la prostate, à la présence d'un calcul ou à toute autre affection des organes urinaires.

c. A des troubles variés du système nerveux offrant la plus grande analogie avec ceux que l'on observe chez les femmes atteintes d'une affection utérine, d'un déplacement en particulier, et principalement caractérisés par de la gastralgie, des palpitations, de l'hypocondrie ou des accès hystériformes, et dont la véritable cause a été jusqu'à présent complétement inconnue.

3° L'excision du prépuce est le seul moyen de faire disparaître l'ensemble symptomatique que nous avons décrit ; cette opération a été suivie d'un succès complet 23 fois sur 27 ; 4 malades ont été soustraits à mon observation très peu de temps après l'opération, et, par conséquent avant qu'il m'ait été possible de me prononcer sur le résultat définitif de celle-ci.

4° Quelque médication qu'on mette en usage avant d'avoir fait disparaître le vice de conformation, on ne parvient point à faire disparaître les accidents. Après l'opération, les toniques, les antispasmodiques, et spécialement l'hydrothérapie, peuvent, au contraire, rendre de grands services.

5° Le procédé opératoire de M. Ricord, et l'usage des serre-fines, sont les moyens auxquels il est préférable de recourir pour pratiquer l'excision du prépuce. (Comm. : MM. Ricord, Longet et Jobert.)

— M. Mercier a adressé la lette suivante à la séance précédente, que notre impartialité nous fait un devoir de publier :

« La dernière lettre de M. Leroy-d'Étiolles, malgré la violence de son style, n'en contient pas moins les aveux suivants :

« 1° Il n'est pas l'inventeur des bougies à boule. Qu'importe que, dans des ouvrages qui ne sont lus que par très peu de personnes (et cela d'ailleurs postérieurement aux observations que je lui en ai faites dans mon *Traité des rétrécissements*), il ait reconnu la priorité de Ch. Bell, il n'en est pas moins vrai qu'il a réclamé cette invention comme sa propriété dans une lettre à l'Académie, dont tout médecin lit les comptes rendus.

« 2° Il a détracté pendant longtemps mes sondes coudées avant de faire volte-face. Il est vrai que s'il veut se les approprier aujourd'hui, c'est parce qu'il a poussé l'imaginative jusqu'à en faire faire de tout à fait semblables aux miennes en gomme élastique. Mais moi j'avais dit dès 1840, et j'ai répété vingt fois depuis, qu'avec une sonde élastique et

un fil métallique comme celui qui sert à désobstruer les algalies, on peut faire une sonde coudée flexible.

« Quant à ses sondes tortillées, il n'en donne plus aujourd'hui la théorie qu'on lit à la page 238 de son *Traité des angusties*; il se contente d'en appeler à l'expérience : c'est ce qu'on a toujours fait, même pour les plus mauvais procédés. Moi je persiste à soutenir que si elles ont eu quelques succès, elles ne les doivent qu'au hasard, et qu'il est facile de les remplacer par des procédés beaucoup plus simples et surtout rationnels. »

Note de la rédaction. — Nous supprimons de la lettre de M. Mercier un passage en réponse aux menaces de procès contenues dans la lettre de M. Leroy. Ces menaces ont été glissées, à l'insu de la rédaction, dans le compte rendu du journal, qui ne les aurait pas accueillies.

— Au moment où nous terminons ces lignes, nous recevons de M. Mercier la lettre suivante, qui complète sa réponse à celle de M. Leroy-d'Etiolles :

Monsieur,

Votre compte rendu de la séance de l'Académie de médecine du 14 octobre contient une lettre qui s'y est certainement glissée à votre insu. Permettez-moi d'y répondre en peu de mots.

Lequel, je le demande à tout homme consciencieux, est le plus *déloyal* de celui qui réclame en faveur de la vérité, ou de celui qui, la connaissant, l'ayant même reconnue dans un livre du genre de ceux qui sont peu lus, la cache dans une lettre destinée à être lue par tout médecin qui s'occupe tant soit peu des progrès de la science?

M. Leroy-d'Étiolles se targue de sa *modération ;* voudrait-il dire par hasard que je l'ai invoquée? Je ne le pense pas. S'il m'est permis de lui donner un conseil, qu'il cesse à l'avenir de parler de *prescription ;* car son silence avant, et le bruit qu'il fait depuis, pourraient faire croire qu'il en est plus heureux que moi.

Agréez, etc. Aug. Mercier.

DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

Journaux allemands, anglais, italiens, etc.

---

20. *Sur la circulation de la lymphe et sur les parties anatomiques les plus importantes des glandes lymphatiques* ; par le docteur F. Noll.

(Zeitschrift für Rationelle Medizin.)

Nos connaissances sur les causes du mouvement de la lymphe et sur la nature de ce mouvement sont loin d'être aussi avancées que celles qui se rapportent à la circulation sanguine. Les expériences faites par le docteur Noll et les recherches auxquelles il s'est livré fournissent des données intéressantes sur ce point de physiologie.

Les expériences ont été faites sur le tronc lymphatique cervical, à l'aide du manomètre et de la double canule de Volkmann. Voici comment l'auteur s'y est pris pour appliquer la canule. Il crut d'abord nécessaire d'injecter dans les veines une solution de sucre, d'albumine ou de colle pour augmenter la quantité de la la lymphe ; mais, plus tard, il renonça à ce moyen comme inefficace. L'animal était préalablement engourdi par une injection dans la jugulaire externe de 6 grammes de teinture d'opium. A l'aide d'une incision pratiquée entre les muscles sterno-cléido-mastoïdien et sterno-hyoïdien, on mettait à découvert le tronc lymphatique, et on l'entourait d'une ligature. L'extrémité périphérique se remplissait bientôt. Pour introduire la canule, on coagulait le contenu du vaisseau à l'aide de quelques gouttes d'une solution de sulfate de cuivre, opération qui permettait d'inciser plus facilement. Dès que l'incision était faite, l'élasticité des parois du vaisseau expulsait promptement le coagulum, et l'on pouvait alors facilement placer la canule. Plus tard, l'auteur parvint à appliquer la canule sans avoir recours à cette opération préliminaire. Le manomètre, dont le diamètre était de 3 mill. 1/2, renfermait une solution de carbonate de soude pour empêcher la coagulation.

L'auteur donne le détail de six expériences faites sur des chiens et sur des chats. Il vit la colonne liquide s'élever dans le manomètre à des hauteurs variables, mais qui finissaient par devenir constantes pour le même animal, sans aucune pression latérale ; la compression du cou ou du vaisseau lui-même aug-

mentait de 8 à 18 mill. la hauteur de la colonne. L'auteur en conclut qu'il existe une force accélératrice de la lymphe variable dans des limites étroites, et indépendante de toute pression latérale. D'un autre côté, on ne peut attribuer le mouvement de la lymphe à des contractions du vaisseau, à une sorte de mouvement péristatique; car, jamais, dans les expériences on n'a pu constater les oscillations de la colonne qui devraient résulter de cette cause. L'influence que les parois exercent sur le cours de la lymphe ne provient que de l'élasticité du vaisseau jointe à la présence de valvules. L'élasticité maintient surtout la continuité du courant.

Parmi les forces auxiliaires, il faut ranger surtout la contraction musculaire, ainsi qu'on a pu souvent s'en assurer dans les expériences. L'influence de la respiration paraît être moins directe ; elle se borne à faire osciller la colonne de quelques millimètres ; elle monte pendant l'expiration et descend pendant l'inspiration. En résumé, le cours de la lymphe offre les plus grandes analogies avec le cours du sang dans les veines.

Abordant la question de la circulation de la lymphe dans les glandes lymphatiques, l'auteur commence par une revue anatomique de la structure de ces ganglions vasculaires. Il semblerait rationnel de regarder les glandes lymphatiques comme analogues pour leur structure aux glandes vasculaires sanguines, c'est-à-dire formées par un lacis de vaisseau dans les interstices, et en dehors desquels se trouve déposé un parenchyme granuleux. L'auteur croit qu'il n'en est pas ainsi ; il décrit les glandes lymphatiques comme formées par un tissu cellulaire dense qui envoie des cloisons dans l'intérieur de la glande et intercepte ainsi une multitude de cavités remplies d'une substance granuleuse. Les vaisseaux lymphatiques aboutissent à ces cavités et en sortent du côté opposé ; leurs parois se continuent avec les parois mêmes de ces petites cavernes, que l'on peut de cette manière considérer comme des dilatations des vaisseaux.

Il est permis d'émettre des doutes sur la réalité de cette structure et de se demander si les injections, que l'on est obligé de faire sous une assez forte pression, ne produisent pas la rupture des vaisseaux, et par suite l'épanchement de la matière injectée dans les cavités de la glande. D'après M. Noll, la matière granuleuse des interstices celluleux serait donc contenue dans le vaisseau lui-même, et la lymphe serait littéralement filtrée à travers ces amas de corpuscules. Si cette manière de voir est exacte, il est évident que la lymphe doit circuler avec une extrême lenteur à travers tous les obstacles qu'elle rencontre dans

les glandes. Quant à la cause du mouvement continu de la lymphe, il paraît convenable de la chercher, avec l'auteur, dans la pression qu'exerce le liquide qui imprègne le parenchyme, pression qui provient de l'affluence du sang dans les capillaires.

---

21. *Sur les kystes graisseux des ovaires;* par le docteur STEINLIN (de Zurich).

(Zeitschrift für Rationelle medizin.)

On sait qu'il n'est pas rare de rencontrer dans les kystes des ovaires, des poils, des dents, des fragments d'os. On a même regardé ces productions comme des indices d'une gestation extra-utérine; mais cette interprétation ne saurait être admise, puisqu'elles ont été rencontrées dans des ovaires appartenant à des personnes qui étaient loin encore de l'âge de puberté.

Les recherches auxquelles s'est livré M. le docteur Steinlin, sur la structure intime de ces kystes, jettent une vive lumière sur le mode de production de ces substances étrangères; elles sont assez importantes pour que nous les reproduisions avec quelque détail.

Le kyste se compose, comme à l'ordinaire, de plusieurs couches ; une externe formée de fibres de tissu connectif lâche et disposées irrégulièrement; une autre sous-jacente dont les fibres sont plus serrées ; puis vient une couche de tissu élastique, et enfin une tunique épithéliale. Cet épithélium recouvre toute la surface interne du sac, mais il n'a pas partout le même aspect, car il offre une multitude de petites plaques isolées d'une couleur mate qui tranche avec le brillant du reste de la surface. Sur les points brillants, les cellules épithéliales sont rondes et disposées régulièrement, tandis que les cellules des plaques ternes forment des lamelles entassées les unes sur les autres comme les squamules de l'épithélium. Si l'on râcle ces petites lamelles, on trouve au-dessous d'elles des cellules rondes et régulières comme celles qui couvrent le reste de la surface du kyste. Ainsi l'épithélium des îlots ternes a le même caractère que celui des muqueuses et de la peau extérieure.

Le plus souvent, au milieu de ces îles, on remarque une petite saillie en forme de verrue. Si l'on enlève l'épithélium de cette saillie, la surface sous-jacente ressemble au derme dont on a détaché l'épiderme à l'aide d'un vésicatoire, c'est-à-dire qu'on distingue des papilles très développées et disposées régulièrement.

L'examen microscopique montre aussi que la structure de cette couche est semblable à celle du derme.

Toutes les parties du sac recouvertes d'un épithélium terne ont la même structure. Ce sont ces endroits qui se couvrent de poils disposés dans un follicule pileux, comme sur la peau extérieure ; on voit de belles glandes sébacées s'ouvrir dans le follicule, et enfin des glandes sudoripares en quantité variable.

Cette analogie de structure entre les kystes et la peau extérieure fait comprendre la production de la graisse des kystes qu'on peut regarder comme provenant d'une hypersécrétion des glandes sébacées, et non comme le résultat de la métamorphose d'un tissu déjà existant.

Pour démontrer cette proposition, l'auteur remonte à l'origine des kystes. Les premières traces de ces formations pathologiques se montrent sous la forme d'un petit corps charnu de la grosseur d'un grain de chanvre occupant la place d'un follicule de Graaf. Plus tard, cette petite masse s'isole du follicule qui la contenait, et n'y tient plus que par un court pédicule donnant passage aux vaisseaux sanguins qui se répandent sur le kyste. Celui-ci se trouve bientôt rempli de graisse, et déjà à cette époque les glandes sébacées sont développées. De nombreuses écailles épidermiques sont mêlées à cette graisse, qui rappelle la composition du vernis caséeux des nouveau-nés. Plus tard encore, la sécrétion graisseuse augmente, et les kystes ovariens ressemblent aux kystes graisseux cutanés. Le produit des glandes de la sueur se mêle à la graisse et lui donne des aspects variés.

Dans les tout jeunes kystes, on ne trouve pas encore de poils ; les premières traces de ces productions se manifestent dans les saillies en forme de verrues. Ce sont de véritables poils qui ont la même structure et suivent le même mode de développement que ceux de la peau extérieure. Ils peuvent atteindre une longueur considérable qui va jusqu'à 4 pouces et au delà, puis ils tombent ; mais avant leur chûte, on voit déjà le germe d'un nouveau poil. Ces sortes de mues paraissent être fréquentes, et elles expliquent la grande quantité de poils qu'on rencontre quelquefois dans les kystes.

La présence des dents au milieu de ces sacs ovariens ne doit pas plus nous surprendre que celle des poils. Ces dents, qui sont le plus souvent à plusieurs couronnes avec des racines plus ou moins développées, ont la même structure que les dents normales. On sait que les dents se forment par un refoulement de la peau extérieure ; la circonstance qu'elles sont enveloppées par

les mâchoires n'a aucune influence sur leur nature et leur développement.

Il n'est pas aussi facile de se rendre compte de la présence des os dans les kystes. On les trouve sous la forme de lamelles ou de petits fragments dans les plis du kyste ; si l'on veut à toute force les comparer aux os du corps, on ne peut leur trouver d'analogie qu'avec les dépôts osseux qui se forment quelquefois dans la peau.

---

22. *Sur le goître des nouveau-nés*; par M. Fréderic Betz (de Tübingue).

(Zeitschift für Rationelle Medizin.)

Le goître des nouveau-nés est une maladie à peine connue, malgré sa fréquence. Les enfants qui en sont affectés sont le plus souvent forts et bien nourris. Souvent on prend le goître pour un pli de la peau chargée de graisse; d'autres fois le cou offre simplement une trop grande largeur, et d'autres fois encore le goître n'est nullement apparent.

Les accidents produits par cette affection sont des troubles dans les fonctions de la respiration qui peuvent amener la mort au bout de quelques heures après la naissance ou deux ou trois jours plus tard. Les symptômes sont peu nombreux. Immédiatement ou peu après la naissance, l'enfant éprouve le besoin de respirer ; les inspirations sont profondes et accompagnées d'un bruit particulier qui s'entend de loin ; les expirations sont aussi très pénibles et par moments accompagnées de pleurs. Quelquefois la respiration s'arrête ; l'enfant est menacé de suffocation, jusqu'à ce qu'une nouvelle inspiration suivie d'un cri vienne le rendre à l'existence. Ces accidents se reproduisent à des intervalles variables. A ces signes, on en peut joindre d'autres qui accompagnent ordinairement les troubles de la respiration : mouvements des aîles du nez, coloration bleuâtre et froid des lèvres et des mains, etc. La succion n'est plus possible; quand l'enfant cherche à teter, il s'éloigne subitement du sein en poussant un cri d'angoisse ; la même chose a lieu quand on lui donne à boire ou quand on veut lui faire prendre des médicaments; la bouche est remplie de salive et de mucus. L'asphyxie termine cette scène pénible.

Le goître des nouveau-nés consiste dans une hypertrophie du corps thyroïde, sans changement de texture ; seulement la glande est plus riche en sang que de coutume. L'hypertrophie affecte

tantôt la glande entière et produit une tumeur en demi-lune, tantôt les deux lobes qui sont réunis par un isthme, et alors le cou est plus large, ou enfin elle n'affecte qu'un seul lobe. Lorsque les deux lobes sont hypertrophiés, ils compriment la trachée et l'œsophage, et empêchent la libre entrée de l'air.

Cette maladie paraît être héréditaire, circonstance que l'on a aussi signalée pour l'asthme laryngé. Du reste, la connaissance de l'altération organique qui détermine les accidents que nous venons de rapporter peut jeter quelque jour sur l'asthme laryngé, le spasme de la glotte, l'asthme thymique, etc., affections qui produisent des effets analogues.

Quant au traitement, on a peu d'espoir de réussir à combattre une affection qui marche avec une telle rapidité. L'auteur a eu recours aux sangsues et aux vomitifs, et il conseille l'emploi de l'iode à l'extérieur et à l'intérieur, quand les accidents sont moins violents et quand la marche de la maladie fait espérer que le médicament aura le temps d'agir.

---

23. *Recherches sur l'histologie du système nerveux avec des remarques sur la fibre musculaire et sur les mouvements du cœur*; par le docteur SCHAFFNER (de Herrstein).

(Zeitschrift für Rationelle Medizin.)

Ce travail renferme d'excellentes observations sur cette partie difficile et délicate de l'histologie. On sait que parmi les modes de terminaison des nerfs, l'un des plus fréquents est la terminaison en ramifications d'une excessive ténuité.

M. Schaffner a constaté cette disposition dans les nerfs de de l'oreillette du cœur des batraciens, poche formée par des muscles lisses, tandis que le ventricule est constitué par des fibres musculaires striées. Il a vu plusieurs fois des anses nerveuses que l'on aurait pu croire terminales, mais desquelles partaient d'autres fibres nerveuses beaucoup plus fines. Il a constaté les mêmes ramifications terminales dans les centres nerveux eux-mêmes. Sa méthode consiste à détacher une portion d'oreillette d'un animal vivant, à l'étendre à l'aide de petits stylets mousses et à la recouvrir d'une lamelle de verre, sans addition d'aucune espèce de liquide; il recommande beaucoup ce procédé qui conserve aux muscles leur transparence, et permet de mieux distinguer les tubes nerveux. Pour étudier les centres nerveux, il en étale des fragments dans une goutte d'alcool, en les tiraillant légèrement avec des aiguilles. L'auteur décrit et figure des

corpuscules ganglionnaires avec des filets nerveux qui partent de différents points de leur périphérie et d'autres corpuscules unis entre eux par des filets très déliés qui jouent le rôle de commissure.

Quant aux muscles du cœur, on doit à l'auteur la connaissance d'un fait curieux. On sait que dans les vertébrés supérieurs, le cœur renferme des fibres musculaires de la vie animale, ainsi qu'on a coutume de les nommer, c'est-à-dire composées de cylindres striés; mais ces cylindres sont beauconp plus petits que ceux des muscles du corps. Il faut remarquer aussi que les fibres des oreillettes sont plus minces que celles des ventricules. Chez les amphibiens, les fibres des oreillettes sont lisses et semblables aux fibres organiques, tandis que celles des ventricules sont striées; mais leur volume ne dépasse pas celui des fibres striées de l'oreillette des vertébrés supérieurs. Il faut, pour bien voir cette disposition, laisser séjourner quelques instants le cœur dans l'alcool. La même chose a lieu dans les poissons, tandis que le cœur des mollusques et même celui de l'écrevisse ne se composent que de fibres lisses.

Dans les considérations physiologiques qui suivent ces descriptions, l'auteur attribue les pulsations du cœur séparé du corps de l'animal à la présence des corpuscules ganglionnaires qui jouent le rôle d'organes centraux. Il est certain que l'existence de tubes nerveux qui partent de deux pôles opposés d'un même globule est bien faite pour admettre une sorte de circulation de l'agent qui détermine l'action nerveuse entre les nombreux corpuscules ganglionnaires, une transmission de cette action d'un globule à l'autre, en un mot des actions réflexes multiples. Cependant, malgré les progrès que pourront faire et qu'on faits dans ces derniers temps nos connaissances anatomiques, il sera toujours difficile, sinon à peu près impossible, d'expliquer le rhythme régulier qui caractérise les mouvements des organes de la vie végétative. Comment, en effet, pourrait-on expliquer, par l'influence nerveuse, les mouvements réguliers du cœur d'un embryon, alors que ce cœur ne se compose encore que de cellules et qu'il n'existe aucun rudiment de nerfs ni de globules ganglionnaires d'aucune espèce? Dans les embryons, comme dans les animaux inférieurs, la fonction existe avant l'organe, et dès lors il n'est pas toujours facile de se rendre compte du mode d'action de celui-ci, quant il apparaît.

Nous terminerons ces réflexions en faisant ressortir l'intérêt que présente l'observation de M. Schaffner, relatives aux différentes sortes de fibres musculaires dans le cœur des vertébrés

à sang chaud et des vertébrés à sang froid. Les fièvres lisses conservent l'influence de l'action nerveuse plus longtemps que les fibres striées, circonstance qui peut expliquer l'irritabilité remarquable du cœur des amphibiens et des poissons et qui explique aussi, sans doute, comment ces animaux peuvent résister à un froid intense qui paralyse leurs muscles moteurs sans anéantir la vie de l'organe central de la circulation.

---

24. *Expériences sur la luxation de l'articulation coxo-fémorale et sur leur réduction*; par le professeur HERMANN MEYER (de Zurich).

(Zeitschrift für Rationelle Medizin.)

Pour mieux étudier la manière dont se produisent les luxations de la cuisse sur le bassin, l'auteur prépare avec soin les muscles qui entourent l'articulation, coupe ceux qui pourraient gêner l'expérience, enlève la capsule articulaire et ne conserve que le ligament supérieur qui, par sa présence, oppose de la résistance à la sortie de la tête. L'auteur produit artificiellement cinq sortes de luxations : sur le pubis, sur le trou obturateur, sur l'ischion, sur l'échancrure sciatique et sur l'os iléon. Il décrit, dans chacune de ces cinq formes, les rapports de l'os luxé avec les parties environnantes et pose, d'après ses expériences, les règles qui doivent guider le chirurgien dans la réduction des ces luxations. Comme on est obligé d'exercer des tractions considérables, il est de la plus haute importance de bien savoir dans quelle direction ces tractions doivent être faites, afin de ne pas se consumer en efforts inutiles et susceptibles même d'empêcher la réduction.

L'extension directe, suivant l'axe du corps, quoiqu'elle puisse réussir quelquefois, ne convient réellement dans aucune espèce de luxation. D'après l'auteur, le seul mode d'extension réellement efficace et qui soit applicable à tous les genres de déplacements est celle qui est faite en portant fortement la jambe dans l'abduction ; c'est le meilleur moyen de tendre uniformément tous les muscles qui entourent l'articulation, dans la direction de leur position naturelle, et de faire sortir de sa position vicieuse la partie supérieure du fémur qui devient alors mobile et obéit à la traction des muscles. Si ces mouvements ne suffisent pas, il faut y joindre un mouvement de rotation de la jambe. Lorsque la tête de l'os est arrivée au niveau de la cavité cotyloïde, il est nécessaire, pour la faire pénétrer dans cette cavité, de la porter fortement en dehors et en haut, en s'aidant des deux mains ou en employant la courroie de Wattmann.

25. *Sur la structure et le développement des poils*; par le docteur STEINLIN.

(Zeitschrift für Rationelle Medizin.)

M. Steinlin, dans les recherches intéressantes que nous avons analysées plus haut sur la structure des kystes ovariens, a eu l'occasion d'étudier le développement et surtout le mode de succession des poils. Il a vu que le renouvellement des poils se fait par la production, dans l'intérieur du follicule pileux, d'un poil nouveau qui pousse au dehors l'ancien. (C'est, en réalité le procédé que suit la nature dans le changement de peau ou la mue des animaux; l'ancienne peau se détache quand la nouvelle est formée). Ces observations l'ont conduit à étudier le mode de remplacement des poils chez les animaux.

La chûte du poil commence dès qu'il a atteint toute sa croissance, parce qu'alors les vaisseaux qui se rendent à la pulpe s'oblitèrent et cessent de nourrir cette dernière. Le poil se détache de son follicule auquel il ne tient que par la pulpe, et il reste alors plus ou moins longtemps dans ce sac, dégagé de tout espèce d'adhérence. A l'époque de la mue proprement dite, les vaisseaux cutanés se développent, surtout autour des follicules; la pulpe devient rougeâtre; le sac pileux s'allonge, ce qu'on peut observer surtout aux poils des moustaches. Peu à peu la pulpe se coiffe d'une enveloppe formée par le fourreau interne du poil, que l'auteur désigne sous le nom de sac germinateur ou producteur (keimsack). C'est en dedans de ce sac que se développe sur la pulpe le nouveau poil ; celui-ci grandit avec le sac qui l'entoure et perce ce dernier quand tous les deux sont arrivés à la surface de la peau. L'auteur décrit en détail le mode d'accroissement de la pulpe par la production des cellules qui apparaissent successivement et dont les plus jeunes repoussent vers le haut les plus anciennes. Les cellules supérieures s'allongent de même que leurs noyaux, et c'est alors que commence leur changement en matière cornée. Les premières cellules qui ont éprouvé ce changement forment un cône creux qui constitue le sommet, ou l'extrémité du poil. Dans ce travail de développement successif, l'auteur a vu tous les degrés : les jeunes cellules rondes, les cellules en fuseau, puis les fibres. Quant à la moelle, M. Steinlin s'est assuré qu'elle renferme de l'air emprisonné au milieu des lacunes dont elle se compose.

---

26. *Des cas de choléra parmi les enfants pendant l'épidémie de 1849 à Vienne*; par le docteur ZUZINSKY, médecin de l'hôpital des Enfants.

(Journal für Kinderkrankheiten).

Cette épidémie, qui a régné du commencement du mois d'août jusqu'à la mi-novembre, a présenté quelques caractères particuliers : la maladie, rarement annoncée par des prodromes, s'est développée rapidement et a attaqué presque toujours des enfants sains et forts; vomissements et diarrhée rares, et ressemblant rarement à l'eau de riz, pouls presque toujours perceptible, voix jamais complétement éteinte, sécrétion de l'urine supprimée par exception seulement, abondante au contraire dans le plus grand nombre de cas; ordinairement état vaporeux et quelquefois violentes convulsions. La marche de la maladie était très rapide, et son issue mortelle dans les deux tiers des cas. Le chloléra s'est fixé de préférence dans certains cantons, et a sévi avec une véhémence extraordinaire sur quelques maisons et sur certaines familles. Tous les moyens connus sont restés à peu près également inefficaces. Les autopsies étaient remarquables par une forte injection du cerveau et de ses enveloppes, et par la rareté de la psorenterie des intestins, si fréquente dans d'autres épidémies.

---

27. *Du croup et de son traitement par l'eau froide*; par le docteur HAUNER, médecin de l'hôpital des Enfants, à Munich.

(Journal für Kinderkrankheiten.)

Le traitement par les sangsues appliquées autour du cou, par l'émétique, le calomel, l'onguent napolitain, ayant le plus souvent échoué dans le *véritable croup*, l'auteur a eu recours, dans ces derniers mois, à l'emploi de l'eau froide. Pour mieux apprécier ce mode de traitement, nous allons rapporter les deux cas suivants.

OBS. I. — Chez une fille de 4 ans affectée de véritable croup, on fit, toutes les trois heures, des affusions d'eau froide sur le cou, le dos et la poitrine, et on enveloppa pendant une demi-heure ou trois quarts d'heure la petite malade dans des draps humides, froids, fortement tordus, puis l'enfant fut couchée dans une grande couverture de laine. Toutes les demi-heures, on plaça sur le cou des linges imbibés d'eau glacée qu'on recouvrait d'un autre linge large et sec. Amélioration déjà très sensible au bout de douze heures; toux moins rauque et plus grasse; expulsion de membranes par l'expectoration et par les selles ; on

donne à l'intérieur beaucoup d'eau en partie tiède, en partie fraîche. Deux lavements apéritifs par jour. La petite malade, guérie, garde longtemps un enrouement.

Obs. II. — Un garçon de 2 ans et demi, d'une constitution très forte, est pris rapidement du croup; on applique quatre sangsues au cou, et immédiatement après leur chûte, on entoure le cou d'une cravate trempée dans de l'eau glacée qu'on recouvre elle-même d'un autre linge large et sec. Cet appareil est renouvelé toutes les demi-heures.

Au bout de douze heures, l'enfant est hors de danger, néanmoins on continue encore les fomentations froides pendant deux jours.

Nous félicitons l'auteur d'avoir eu recours à cette méthode déjà souvent préconisée, et qui mériterait peut-être plus de faveur ; au reste, ne pourrait-on pas avoir recours en même temps aux vomitifs recommandés par tous les auteurs ?

A cette occasion, nous nous permettons une observation qui sera peut-être appréciée par les praticiens : d'après le conseil de nos maîtres, nous avons toujours eu soin de mettre entre les mains des mères des paquets contenant de l'émétique ou plutôt du sulfate de cuivre, dont l'action vomitive nous paraît plus rapide et plus sûre, et nous leur recommandons d'administrer un paquet au premier symptôme de toux un peu rauque et sifflante, afin de permettre au médecin d'arriver sans laisser à la maladie le temps de faire des progrès. C'est à cette conduite que nous avons attribué plusieurs guérisons de croup, toujours vivement attaqué de cette manière au début; mais nous avouons que notre foi dans les vomitifs a été bien ébranlée au printemps dernier, où nous avons eu la douleur de perdre sept enfants dans un espace de cinq semaines. Tous ces enfants ont été traités par les vomitifs, presque toujours administrés dès les premiers symptômes de la maladie, que l'on a fait suivre par le calomel, les frictions mercurielles, etc., etc. ; la plupart des enfants ont rendu, par les vomissements, des mucosités très épaisses, même des membranes, et le petit malade qui a succombé le plus rapidement a rendu une membrane en forme de tuyau qui a dû tapisser toute la trachée-artère ; mais aussitôt rejetées, ces membranes se sont reproduites. Dans le courant de l'année, j'ai été appelé chez trois enfants affectés de croup, qui ont guéri sous l'influence du traitement employé avant la petite épidémie du printemps dernier ; nous disons épidémie, car plusieurs confrères ont observé à la même époque des cas de croup, presque tous avec une terminaison fatale. Nouvelle preuve de l'existence

d'une constitution médicale qui imprime parfois aux maladies des caractères particuliers autres que ceux généralement observés à l'état spasmodique.

---

28. *De la conicité de la cornée*; par M. White Cooper.

(London Journal of medicine.)

On connaît cette singulière altération du globe oculaire, chronique dans sa marche, souvent produite sans cause appréciable, presque irrémédiable, que les Anglais surtout ont bien étudiée sous le nom de *conicité de la cornée* (*conical cornea*). M. White Cooper a entrepris de la soumettre à une investigation encore plus complète, et pour cela, sans faire abstraction de ses propres travaux sur la matière, il a institué une sorte d'enquête générale en adressant un appel spécial à tous les praticiens qu'il savait s'être occupés de la pathologie et de la cure de cette affection. C'est le résultat abrégé de ces recherches que nous allons faire connaître à nos lecteurs, du moins en ce qui concerne la partie la plus importante, le traitement.

Les divers moyens qu'on a proposés contre la conicité de la cornée sont :

1° *L'établissement d'une pupille artificielle.* En général et malgré deux cas où cette opération a produit une certaine amélioration de la vue, M. Cooper lui accorde peu de confiance. Elle paraîtrait cependant indiquée si, au milieu des irrégularités de la cornée, on découvrait quelque point libre d'altération. Il serait sans contredit alors rationnel de chercher à ouvrir, dans le point correspondant de l'iris, un passage aux rayons lumineux. En définitive, la pupille artificielle n'a guère de chances de succès et n'est guère pratiquée que conjointement avec elle.

2° *L'ablation du cristallin.* A propos de ce procédé, si préconisé par sir W. Adams, M. Cooper fait justement remarquer que, lorsque la cornée est conique, l'imperfection de la vision tient moins à l'*augmentation* de la puissance réfractive de la cornée qu'à la *manière vicieuse* dont cette fonction s'exécute ; car la configuration anormale de la cornée, empêchant la formation des foyers aux points convenables, cause une confusion extrême dans les images qui vont se peindre sur la membrane sensitive. Ainsi, pour rétablir l'ordre dans les conditions de ce phénomène, il ne s'agit point de compenser le trop de réfraction de la cornée en supprimant un autre organe réfringent, le cristallin ; il faudrait plutôt rétablir la fonction propre à la première de ces membra-

nes dans son état naturel. Et c'est ce que l'abaissement ou l'extirpation de la lentille est impuissante à produire.

Malgré ces considérations, l'ablation du cristallin a quelquefois rendu des services. M. Cooper en cite lui-même un exemple tiré de la pratique de M. Butter (de Plymouth) ; mais ce sont là, selon lui, des exceptions, et il borne l'indication de cette opération aux cas où la lentille est simultanément avec la conicité devenue opaque.

3° *Ablation d'un segment de la cornée.* Ceci a été pratiqué, mais infructueusement, par M. Maling, en vue de procurer une diminution de capacité de la chambre antérieure. M. Fario (de Bologne) paraît avoir tenté une opération semblable avec plus de succès.

4° *Pourtour de la cornée.* Cette méthode a été essayée un très grand nombre de fois, mais sans réussite. Elle fournit une preuve frappante de la rapidité que l'humeur aqueuse met à se reproduire. Une fois la ponction faite, l'humeur s'écoule librement et le cône cornéen s'affaisse. Mais si l'on examine l'œil au bout de vingt-six heures, le cône a repris sa saillie. Quant à la vision, elle est ordinairement améliorée au moment où la chambre antérieure est aux deux tiers remplie ; mais l'espoir de guérison que donne cette circonstance s'évanouit en quelques heures à mesure que le liquide continue à être sécrété.

5° *Pression.* La pression exercée après la ponction de la cornée paraît à M. Cooper, comme à M. Desmarres, susceptible d'être employée avec beaucoup d'avantages. Mais il veut qu'on qu'on se contente de donner à la cornée un *soutien*, un *point d'appui*, sans déterminer une pression violente qui, surtout avec l'amincissement qui coexiste ordinairement avec la conicité, ne pourrait que lui être très préjudiciable.

La pression doit porter sur toute la cornée et non pas sur son sommet seulement. Il faut, en outre, qu'elle s'exerce constamment. L'action de l'eau peut seule remplir ces conditions. M. Cooper a essayé de les réaliser de la manière suivante, chez un de ses malades. Après avoir évacué le liquide de la chambre antérieure par ponction, un petit coussin à air, fait avec une membrane très fine et rempli d'eau, fut immédiatement ajusté sur la cornée et maintenu pressé par un ressort qui allait prendre son autre point d'appui sur l'occiput. Si le coussin avait été imperméable, le bénéfice obtenu après trois semaines de durée de cette tentative fait augurer à l'auteur qu'il aurait obtenu un succès complet. Malheureusement l'appareil perdait du liquide au bout de quelques jours. (Nous ne pouvons nous empêcher d'intervenir ici

pour faire observer qu'une petite vessie en caoutchouc vulcanisé rempli d'air, ou d'eau si on le préférait, satisferait parfaitement à toutes les indications de ce procédé qui nous semble, à nous aussi, le plus rationnel.)

6° *Traitement par les éméto-purgatifs.* On devait effectivement s'attendre à trouver, dans une nomenclature anglaise, une place réservée à ce mode de traitement. Le docteur Pickford s'en est constitué le partisan et lui attribue une grande supériorité. Il administre tous les matins, ou moins souvent, selon les cas, 12 décigrammes de sulfate de zinc, associés à 15 grammes de sulfate de magnésie.

M. Pickford insiste sur les avantages de sa méthode. Il ne cache point cependant qu'elle paraît être particulièrement désagréable à ceux qu'on y soumet, et que la plupart d'entre eux préfèrent, sans hésiter, la maladie au remède. — Alors il arrive que, le médicament étant suspendu, le cône cornéen s'allonge de plus en plus, et que le sommet de cette membrane devient plus opaque.

7° *Applications locales.* Elles comportent l'emploi, soit des astringents, soit des caustiques. En général, sauf de rares exceptions, il n'y a que peu ou point de bénéfices à espérer de l'usage de ces remèdes. Toutes les combinaisons paraissent avoir été essayées et l'avoir été sans succès. M. Gervais (de Tiverton) a cependant réussi à guérir une femme de 25 ans, au bout d'un an et demi de soins. Mais le traitement local, qui consista en attouchements de la cornée avec le nitrate d'argent, répétés trois fois par semaine, fut puissamment aidé par des vésicatoires, l'administration à l'intérieur du carbonate de fer, une diète généreuse, et plusieurs ponctions de la cornée.

Des lotions faites sur la cornée avec une solution d'acétate de zinc ont réussi à M. Dalrymple pour combattre une opacité du du sommet de la cornée qui était venue compliquer un cas de conicité ancienne de cette membrane.

Chez deux sujets scrofuleux, où la maladie était compliquée de photophobie, M. Smith (de Southam) a fait cesser ce phénomène incommode, en barbouillant tous les jours l'extérieur des paupières avec de la teinture d'iode.

8° *Appareils optiques.* Les appareils les plus variés, les plus bizarres, ont été conseillés contre cette maladie. M. John Herschell conseille d'adapter à l'œil une lentille ayant le même pouvoir réfringent que la cornée, et dont la surface postérieure soit l'exacte reproduction, le *fac-simile* des irrégularités de la cornée malade.

Le docteur Hull veut qu'on fasse porter un instrument composé de deux lentilles, l'antérieure large et convexe, la postérieure plus petite et biconcave.

En définitive, et pour donner au praticien un meilleur guide qui doit lui être indispensable après l'incertitude que la revue des moyens précédents a sans doute jetée dans son esprit, M. W. Cooper engage surtout à pratiquer la ponction de la cornée, immédiatement secondée par la pression. Il faut aussi veiller à l'hygiène, à la santé générale, et, chez les malades qui auront assez de courage pour s'y prêter, ne pas négliger le secours qu'apporte l'emploi des éméto-cathartiques. — Comme moyens palliatifs, qui peuvent aider à la vision tant qu'on en use, on pourra employer la belladone, de manière à dilater la pupille. De même le malade y verra mieux s'il regarde à travers une carte noircie et percée d'un trou fait avec une grosse épingle.

---

29. *Sur la nature et le traitement de l'albuminurie*: par le docteur Rees.

(Dublin quarterly Journal of med.)

Il existe des cas dans lesquels on trouve de l'albumine dans l'urine, sans que les reins soient le moins du monde affectés.

1° On a trouvé de l'albumine dans l'urine émise, quelques heures avant la mort, par des individus affectés des maladies les plus diverses. Cela tient à la tendance, qui se manifeste alors, des parties séreuses du sang, à s'épancher dans les cavités du corps.

2° Lorsqu'un obstacle quelconque s'oppose au passage du sang circulatoire, dans des maladies du cœur, par exemple, ou lorsque des tumeurs pressent sur la veine-cave et que les membres inférieurs deviennent œdémateux, alors les reins se congestionnent, et l'on découvre de l'albumine dans l'urine.

3° Dans l'hématurie, par suite de la rupture d'un vaisseau, de la présence d'une pierre, etc.

4° Si l'urine contient du pus, l'albumine s'en séparera naturellement; il faut donc attendre que le pus ait disparu, avant de conclure à une maladie des reins, et rechercher si ce pus provient des reins ou de la vessie.

5° L'existence de liqueur spermatique pourrait en imposer pour une albuminurie, mais le microscope démontrera bientôt l'existence des animaux spermatiques.

6° Il y a de l'albumine dans l'urine des convalescents du choléra. On a dit que la dyspepsie, un repas composé uniquement de

viandes ; de fortes doses de mercure produisaient le même effet ; l'auteur le nie formellement.

La chaleur jointe à l'acide nitrique est le meilleur moyen pour démontrer la présence de l'albumine : la combinaison d'albumine et d'acide nitrique est soluble dans une grande quantité d'eau, insoluble et précipitable par un excès d'acide. Deux erreurs sont possibles : on peut prendre pour de l'albumine un précipité d'acide urique ; pour décider la question, on ajoute de l'acide hydrochloritique étendu ou de l'acide acétique, qui précipite l'acide nitrique, mais ne produirait aucun effet, s'il n'y avait que de l'albumine dans l'urine. Ce liquide, quand il contient des principes résineux, tels que le copahu ou le cubèbe, devient trouble et nuageux ; mais il n'y a point de dépôt, et le prussiate de potasse uni à l'acide nitrique qui précipite l'urine albumineuse, n'a aucune action sur celle-ci. La présence du copahu dans l'urine se trahit d'ailleurs à l'odorat, et le liquide ne se coagule pas par la chaleur. Si le trouble de l'urine était dû à du phosphate de chaux, on s'en assurerait en versant une goutte d'acide nitrique qui dissout immédiatement les phosphates, et rend l'urine transparente.

Dans les premières périodes de la maladie, le sérum du sang perd une quantité notable de son albumine ; ainsi, sa pesanteur spécifique, qui, dans l'état normal, est comprise entre 1029 et 1031 tombe à 1018 et 1015. De plus, on trouve de l'urée dans le sang et dans le sérum des grandes cavités. Bientôt le nombre des globules sanguins diminue, et le malade devient anémique, alors la quantité d'albumine diminue dans l'urine et la pesanteur spécifique du sérum égale ou surpasse même son état normal. La quantité de fibrine reste normale. Quand à l'urine, sa pesanteur spécifique, au début, est rarement au-dessous de 1017, et la quantité émise de 1100 à 1500 grammes. Elle est souvent rougeâtre ou verdâtre. Son poids spécifique descend à 1014, même 1004, et le malade rend journellement 1300 à 5000 grammes. L'albumine, si abondante dans les premières périodes de la maladie, diminue dans les dernières et peut même disparaître totalement. L'absence d'urée est très évidente dans un cas ; une urine dont le poids spécifique était 1015, n'avait que 0,8 pour cent d'urée ; dans l'urine d'un homme sain et du poids de 1022, l'urée est dans la proportion de 3 pour cent.

Les symptômes aigus qui accompagnent l'albuminurie sont la fièvre, la céphalalgie, la peau sèche, le manque d'appétit, une urine rare et albumineuse, des envies fréquentes d'uriner, de la douleur dans les lombes, des envies de vomir et des vomissements.

Ces symptômes peuvent durer plusieurs jours, sans qu'il y ait œdème ; celui-ci se manifeste au bout de 36 à 48 heures. Souvent la figure et les paupières s'infiltrent, tandis que le tronc et les extrémités inférieures ne sont pas gonflées. La bouffissure de la face est un signe qui suffit souvent pour faire diagnostiquer la maladie. On remarque aussi quelquefois un gonflement non œdémateux des articulations du poignet, avec douleur au toucher et douleur névralgique. La pâleur avec bouffissure du visage, chez les hommes, indique cette période où la perte d'albumine par les urines est assez forte pour diminuer la quantité des globules sanguins. L'aspect de ces maladies pourrait, chez les femmes, se confondre avec celui de la chlorose. M. Rees ne pense pas que les symptômes comateux, quelquefois suivis de mort, soient dus à un empoisonnement par l'urée qui circule dans le sang ; car il a observé un cas, dans lequel le liquide circulatoire en contenait une quantité notable sans que la mort s'en soit suivie.

Un traitement modérément antiphlogistique, avec de légers laxatifs propres à prévenir la congestion des reins, a toujours paru le préférable ; quand les symptômes aigus ont disparu, on emploie les préparations ferrugineuses pour favoriser la reproduction des globules sanguins associés à des diurétiques. Le mercure et l'opium doivent être évités, le premier amène rapidement la salivation, le second des symptômes cérébraux.

---

30. *Observation d'hémorrhagie utérine, survenue au quatrième jour après l'accouchement, par suite de la rupture d'une tumeur sanguine du col de l'utérus ;* par G. Johnston, médecin adjoint à l'hôpital d'accouchement de Dublin.

(Dublin quarterly Journal.)

Madame M..., campagnarde forte et robuste, fut admise à l'hôpital le 21 septembre 1850 : les douleurs de l'enfantement avaient commencé inopinément trois heures auparavant. Elle est dans sa septième grossesse : cinq de ses enfants sont vivants ; le sixième est venu au monde mort, mais déjà complétement développé : elle ne peut assigner aucune cause à sa mort ; ses accouchements ont toujours été faciles. Ne se croyant pas avancée de plus de huit mois dans sa grossesse, elle avait entrepris un voyage de plus de trente lieues, à pied, pour venir arranger quelquer affaires pécuniaires, pensant avoir le temps de retourner chez elle avant ses couches. Pendant son voyage, qui avait duré plus de deux jours, elle avait souffert beaucoup de la fatigue, du froid et

de l'humidité. Tout cela, uni à l'inquiétude que lui donnait le résultat de son entreprise, contribua à amener un accouchement prématuré. Depuis son arrivée en ville, elle n'avait plus senti remuer son enfant et nous ne pûmes entendre les battements du cœur. Le toucher vaginal fit reconnaître que le col était dilaté dans une étendue égale à celle d'une pièce de 5 fr., que le sommet se présentait et que les membranes n'étaient pas encore rompues. Les douleurs étaient peu intenses. Après un travail facile de quatre hueres, elle accoucha d'un enfant encore enfermé dans ses membranes : c'était un enfant du sexe féminin, qui portait des traces d'une mort remontant à quelque temps déjà. Le placenta fut expulsé dix minutes plus tard ; il ne survint ni hémorrhagie ni symptômes défavorables d'aucune espèce ; pendant les trois premiers jours, l'état de l'accouchée fut des plus satisfaisants. La sécrétion du lait s'établit le deuxième jour. A la visite du 25 (quatrième jour depuis l'accouchement), cette femme disait qu'elle était très bien; un rhume qu'elle avait contracté pendant son voyage allait mieux; elle n'éprouvait ni douleur ni malaise d'aucune espèce. Vers une heure de l'après-midi, la surveillante me fit appeler en grande hâte pour cette femme, qui venait d'être prise d'une violente hémorrhagie. Elle ne s'était point levée et n'avait fait aucun effort. En arrivant auprès du lit, trois minutes au plus après l'apparition de l'hémorrhagie, je trouvai la malade étendue sur le dos, pâle, décolorée, la figure bouleversée, le corps inondé d'une sueur froide et visqueuse. On ne sentait pas de pouls au poignet : le lit était inondé de sang, qui sortait encore à flots du vagin. Je la plaçai dans une position tout à fait horizontale, et j'exerçai une forte compression sur l'utérus, lequel était bien contracté; du froid fut appliqué extérieurement, des injections d'eau froide furent faites dans le vagin et le rectum. J'administrai trois onces de vin avec deux grammes de seigle ergoté. Un fort courant d'air frais fut dirigé sur la figure ; sous l'influence de ces moyens, l'hémorrhagie fut modérée, mais non pas arrêtée complétement ; un léger écoulement de sang continua. Ayant ramené un peu de chaleur, au moyen de boules d'eau chaude aux pieds et de couvertures chaudes autour des membres, des stimulants intérieurs fréquemment répétés, nous pûmes sentir de nouveau les battements du pouls ; la figure reprit un peu de coloration, et nous pûmes espérer avoir surmonté les accidents les plus graves. Nous répétâmes l'administration du seigle ergoté, auquel nous joignîmes quarante gouttes de teinture acétique d'opium, dans une once d'eau-de-vie et d'eau, et la compression de l'utérus fut maintenue avec

la main pendant une demi-heure. J'étais occupé à réappliquer la bandage de corps qui serrait le ventre, lorsqu'il survint un nouveau flot de sang, malgré que la main fût encore appliquée sur l'utérus, et il y eut expulsion d'un volumineux caillot.

Immédiatement, la malade n'eut plus de pouls, tomba en syncope, et fut inondée d'une sueur froide et visqueuse. Bientôt survint une agitation extrême, la respiration s'embarrassa; j'essayai de nouveau les stimulants, mais ils ne pouvaient être avalés que difficilement et furent bientôt rejetés. Tous nos efforts furent inutiles; la malade s'affaiblit rapidement et expira juste une heure et demie après le début de l'accident.

Autopsie. Les viscères de l'abdomen et du thorax étaient parfaitement sains. L'utérus, bien revenu sur lui-même, était placé assez bas dans le bassin. Dans la fosse iliaque gauche, au-dessous du péritoine, on voyait une tumeur du volume d'une grosse noix, d'une consistance assez ferme, ayant un aspect ecchymosé, se prolongeant un peu en dehors et adhérente à la partie inférieure de l'utérus. Nous enlevâmes cet organe avec ses annexes, et pûmes l'examiner avec grand soin. Une incision pratiquée sur sa face antérieure, depuis le col jusqu'au fond, nous permit de constater que le tissu musculaire de l'organe était parfaitement sain et que sur la surface interne, dans la partie où avait été inséré le placenta, les orifices des vaisseaux étaient obturés par des caillots solides, de couleur foncée, qui pénétraient, à une certaine distance, dans les sinus utérins, ce qui prouvait que là n'était pas la source de l'hémorrhagie. Sur la partie gauche du col, à un pouce environ de l'orifice, existait une ouverture à bords irréguliers, d'aspect gangréneux, d'une couleur noire grisâtre. Cette ouverture, assez large pour laisser passer les deux doigts, communiquait avec une cavité assez grande pour contenir une petite orange; elle semblait formée dans le tissu du col, et sa paroi externe formait la tumeur que l'on avait aperçue sous le péritoine. Après avoir ouvert cette poche et enlevé quelques caillots mous qui s'y trouvaient, nous pûmes reconnaître que l'intérieur de cette cavité était rugueux, d'une consistance solide et ressemblant fort à la muqueuse du vagin. Cinq ou six vaisseaux sanguins, assez larges pour admettre une petite sonde, venaient s'ouvrir dans cette cavité. L'insufflation de ces vaisseaux faisait reconnaître qu'ils communiquaient avec les sinus utérins.

Quand je communiquai ce fait à la société obstétricale, plusieurs membres pensèrent que c'était un exemple de thrombus ou tumeur sanguine, formée pendant le travail de l'accouchement. L'examen attentif de la poche, fait par le docteur Carte, cura-

teur du Muséum du Collége des chirurgiens, vint corroborer cette opinion. Mais il est difficile de déterminer à quelle époque cette tumeur s'est produite ; car le travail avait été extrêmement facile, comme le prouve et le peu de temps qu'il a duré et l'expulsion du fœtus avec ses membranes. C'est donc un cas qui, malgré quelque obscurité, mérite de fixer au plus haut point l'attention des accoucheurs.

---

31. *Opération de trachéotomie, pratiquée pendant la grossesse, pour une laryngite chronique; guérison*; par M. Rump.

(Guy's Hospital Reports.)

Madame F..., âgée de 30 ans, grande et maigre, avait contracté, vers le milieu de 1848, une angine accompagnée de névralgie faciale. Depuis lors, le mal de gorge avait persisté avec plus ou moins d'intensité, et depuis un an la voix était devenue rauque et mal articulée, quelquefois même cela allait jusqu'à l'aphonie. D'abord il n'y avait eu presque aucune gêne de la respiration et très peu d'accès de toux ; mais, huit mois plus tard, ces symptômes devinrent très intenses, et cette augmentation coïncida avec l'état de grossesse de la malade. A cette époque, cette femme avait assez bonne mine et avait un embonpoint modéré. La toux était fréquente et pénible, mais ne s'accompagnait d'aucune expectoration. La respiration était difficile et striduleuse. Bientôt il survint une aphonie complète. La poitrine fut examinée avec soin, mais on ne découvrit aucune lésion du poumon. L'examen du larynx fit reconnaître un état pathologique de cet organe. Il était douloureux au toucher, et quand on plaçait le stéthoscope sur le cartilage thyroïde on percevait une foule de bruits divers, les uns présentant un caractère métallique, les autres ressemblant au bruit de cuir neuf. Sous l'influence du traitement employé, il se produisit une amélioration notable. La malade put reprendre ses occupations domestiques et suspendre tout traitement médical. La voix avait presque repris son timbre et son volume normal ; mais cet état satisfaisant ne dura que quelques semaines ; bientôt tous les symptômes, indiqués plus haut, reparurent plus graves que la première fois : on employa les moyens thérapeutiques qui avaient si bien réussi ; mais cette fois ils furent sans succès, et l'amaigrissement devint sensible. Dans les premiers jours de janvier 1850, la dyspnée était devenue des plus urgentes, de sorte qu'il y eut un moment où la trachéotomie parut indispensable ; mais heureusement la suffocation ne tarda pas à diminuer, et on put remettre l'opéra-

tion. Les accès de toux produits par l'irritation du larynx étaient extrêmement violents et pénibles, au point que dans les efforts que faisait la malade, deux cartilages costaux du côté droit (le 3e et le 4e) se séparèrent de leur côte respective, et vinrent former une saillie considérable sous la peau. A chaque effort de toux, il se produisait en ce point une crépitation sensible.

Les deux régions sous-claviculaires présentaient leur résonnance normale ; mais l'air ne pénétrait qu'incomplétement dans les cellules pulmonaires à cause de l'obstacle situé dans le larynx. La malade était depuis quinze jours à peu près complétement privée de sommeil par suite de l'imminence de la suffocation. L'amaigrissement et la débilité avaient fait de rapides progrès ; la figure était anxieuse, les narines dilatées, les yeux saillants et brillants; la langue sèche et couverte d'un enduit épais. Pouls à 117, petit et irrégulier. Constipation. Depuis onze jours la malade sent remuer son enfant ; les mouvements sont fréquents.

Le 27 janvier, on se décida à pratiquer la trachéotomie, qui fut faite à onze heures du matin, bien que les tissus à inciser fussent épaissis et indurés par suite de vésications répétées, une dissection attentive des parties permit d'éviter un écoulement de sang de quelque importance. Il y eut beaucoup de difficultés pour inciser la trachée et y introduire la canule. La profondeur de la plaie et les fortes contractions des sternomastoïdiens rendaient ce temps de l'opération extrêmement difficile. Dès que l'irritation causée par l'introduction de la canule fut calmée, la respiration devint parfaitement tranquille, et la malade s'endormit d'un sommeil profond qui dura plusieurs heures.

Pendant les dix premiers jours, les choses marchèrent de la manière la plus satisfaisante. Dans la nuit du 5 au 6 février, il survint une toux extrêmement incommode, et il s'écoula un peu de sang par la canule : on reconnut que ces accidents tenaient à ce que la canule s'était déplacée, et à ce que son extrémité blessait et irritait la membrane muqueuse de la trachée : néanmoins ces accidents continuèrent jusqu'au 13 février, après que la malade eut pris des pilules de scille et d'aloès. Dès lors il se produisit un amendement très notable ; la toux était devenue modérée et l'expectoration muqueuse et très peu abondante. Vers le milieu de mars, le rétablissement de la santé était complet, sauf que l'on n'avait pu encore retirer la canule placée dans la trachée-artère.

Le 23 juin, cette femme accoucha heureusement d'un enfant bien développé, du sexe masculin. Après la sortie du délivre, il survint une hémorrhagie considérable que deux ou trois doses

de solution éthérée de seigle ergoté suffirent à arrêter. Le 8 août la santé était à peu près satisfaisante : pourtant on avait été obligé de laisser encore en place la canule de la trachée.

---

32. *Abcès de la vésicule séminale ayant amené une perforation de la vessie et un épanchement de pus dans l'abdomen* ; par M. MITCHELL-HENRY, chirurgien-adjoint de l'hôpital de Middlesex.

(London medico-chirurgical transactions.)

Henry Wilkins, matelot, âgé de 20 ans, se présenta à l'hôpital le 19 décembre 1849 pour une douleur dans les reins et dans la hanche ; il marchait tout à fait comme les malades affectés de tumeur blanche de l'articulation ilio-fémorale. On le plaça dans une salle destinée aux maladies du ressort de la chirurgie ; mais l'examen attentif des parties ayant fait reconnaître qu'il n'existait point d'affection de la hanche, ce jeune homme fut évacué sur une salle de médecine, dans la supposition qu'il pouvait exister une maladie du rein.

Cet homme, d'une intelligence très bornée, ne put donner que des renseignements très incomplets sur l'origine de son mal. Il dit seulement que sa santé avait été généralement bonne, et qu'il attribuait les symptômes actuels à ce qu'il avait été fortement mouillé six mois auparavant. Il n'avait jamais eu ni blennorrhagie, ni syphilis, et n'éprouvait aucune gêne dans l'émission de l'urine.

Quand on l'examina, il existait une vive sensibilité et une douleur lancinante dans l'aîne et dans la hanche du côté gauche, douleur qui s'irradiait dans la région lombaire du même côté, et qui s'exaspérait par le moindre mouvement dans l'articulation ilio-fémorale. Il existait de la fièvre ; la langue était rouge, la soif vive, le pouls petit et vif ; il n'y avait pas de constipation. L'urine, rare et épaisse, causait, en passant dans l'urètre, une sensation de brûlure, (16 sangsues furent appliquées à l'aîne ; on administra 2 grains de Calomel, un quart de grain d'opium, trois fois par jour, 20 gouttes de vin de Colchique, et de la tisane d'uva-ursi.)

Dès le lendemain, l'amélioration était déjà marquée. La fièvre était tombée et la douleur ne se faisait sentir que lorsque le malade faisait mouvoir la cuisse. L'urine laissait déposer un sédiment épais et abondant qui était formé de pus.

Le malade dit qu'un pareil dépôt existait dans l'urine depuis trois semaines, même alors qu'il n'y avait ni douleur ni sensibilité dans les régions lombaires et hypogastriques.

Le 21 décembre, l'état était moins satisfaisant. La douleur et la sensibilité, à la pression dans la région inguinale, étaient revenues avec une grande intensité. La fièvre était très vive ; la peau chaude, le pouls petit et rapide.

Le 22, pas d'amélioration dans les symptômes. Il y avait eu insomnie complète, beaucoup de céphalalgie et des nausées, mais sans vomissements. Langue rouge et sèche ; pouls petit, à 120. Saignée du bras de 8 onces : continuer le calomel et l'opium ; potion gazeuse. Dans la soirée, il commença à uriner du sang ; le dépôt purulent continuait. Les symptômes généraux présentaient la même acuité ; seule, la douleur lombaire avait diminué depuis le commencement de l'hématurie. Pouls faible, à 108.

Le 23, l'hémorrhagie continue. On prescrit 10 grains d'acide gallique ; décoction d'uva-ursi.

Le 26, l'urine a perdu sa coloration rouge, mais elle contient encore beaucoup de pus. La nuit a été meilleure, bien que le malade soit faible et affaissé.

Le 29, il survint une diarrhée abondante qui continua le lendemain. Il existait des douleurs dans l'abdomen, lequel était très sensible à la pression ; mais il n'y avait pas eu de fusion. (10 sangsues sur le ventre ; cataplasmes de farine de graine de lin ; calomel et opium ; vin émétique, mixture camphrée.)

Le 30, vomissements continuels ; abdomen excessivement sensible à la pression, pouls petit et fréquent.

Le 1er janvier, les vomissements ont cessé ainsi que la diarrhée ; il existe même de la constipation. Les extrémités sont froides ; il y a un peu de délire. Le ventre est toujours très sensible à la pression. (Potion avec une petite quantité d'acide hydrocyanique ; fomentations avec des têtes de pavots ; 4 sangsues.)

Le 2, on applique 8 nouvelles sangsues.

Le 3, il y avait du hoquet ; le pouls était très faible ; le ventre ballonné est très sensible. Le malade succomba vers midi.

Autopsie douze heures après la mort. On ne rencontra rien à noter dans la tête non plus que dans la poitrine.

La cavité abdominale était remplie par une grande quantité de pus crêmeux et liquide provenant évidemment d'un abcès et non pas d'une péritonite. Le péritoine était faiblement enflammé ; il existait de petites adhérences entre les anses de l'intestin ; le foie et la rate étaient recouverts d'une couche de fausse membrane récente. D'ailleurs, le foie, la rate, l'estomac et le reste du tube intestinal étaient parfaitement sains, ainsi que les reins et les uretères.

La vessie contenait du pus et présentait une ulcération de la grandeur d'une pièce de 12 sols. On enleva en masse la vessie, l'urètre et les testicules pour examiner avec plus de soin l'état des parties. Les os du bassin, la colonne vertébrale et l'articulation coxo-fémorale qui avaient été le siége de si vives douleurs furent l'objet d'un examen attentif; mais on n'y trouva rien qui pût expliquer ce phénomène. L'urètre fut fendu dans toute son étendue ; le col de la vessie, la prostate et les testicules n'offraient aucune altération. Enfin, on découvrit les traces d'un vaste abcès situé dans la vésicule séminale du côté gauche qui était presque complétement détruite par la suppuration.

L'abcès avait perforé la vessie et s'était évacué dans cet organe par une petite ouverture circulaire, et comme la perforation s'était produite justement à l'endroit où le péritoine quitte les côtés de la vessie pour se porter sur les parties voisines, le pus s'était fait jour dans la cavité abdominale et avait causé une péritonite mortelle.

Les inflammations des vésicules séminales donnent lieu, en général, à des symptômes assez obscurs. Il n'est pas rare de rencontrer des lésions, même assez profondes, de ces réservoirs, qui n'avaient donné lieu à aucun phénomène pendant la vie.

Les abcès des vésicules pourraient être confondus avec des suppurations de la prostate, ou même en imposer pour une maladie de l'articulation ilio-fémorale. Une des conséquences les moins rares de la blennorrhagie est une excessive irritabilité de la vessie accompagnée de frissons et d'émission de pus avec l'urine. Il est possible que ces phénomènes dépendent de la présence d'un abcès des vésicules séminales, lésion qui n'est pas nécessairement mortelle, si ce n'est lorsque par hasard il se produit un épanchement dans la cavité péritonéale.

M. Cock m'a communiqué le fait suivant, dans lequel il y a tout lieu de croire qu'un abcès s'était formé dans l'une des vésicules séminales, et que la terminaison fatale n'avait été prévenue que par l'évacuation opportune du pus au moyen d'une incision par le rectum. L'obscurité du diagnostic et cette circonstance qu'une maladie de l'articulation de la hanche avait été simulée, sont des points qui rendent cette observation intéressante.

Le malade était un homme de 35 ans, qui avait mené une vie assez dissipée. Sa santé était assez délabrée et sa constitution faible et cachectique.

Quelques semaines avant que M. Cock le vît, il avait commencé à ressentir des douleurs profondes et du malaise dans le

bas-ventre, soutout à gauche : ces douleurs s'étendaient jusqu'à l'articulation de la hanche du même côté. Le moindre exercice l'augmentait ainsi que la distension du rectum par les matières fécales (il existait une assez forte constipation). Enfin, le malade fut obligé de suspendre ses occupations. Des chirurgiens diagnostiquèrent une maladie de l'articulation ilio-fémorale; M. Cock ne partagea pas cette opinion. Il y avait de la douleur, à la pression, à l'hypogastre et dans la fosse iliaque gauche; quand le ventre était dans le relâchement, on sentait même dans ces parties une sorte d'empâtement. Le malade ne pouvait indiquer aucune cause à son état. M. Cock ne pouvant établir de diagnostic, se borna à émettre l'opinion que ce pouvait être un anévrisme, ou une maladie de la partie inférieure de la colonne vertébrale, ou un abcès du tissu cellulaire du bassin. Les fonctions de la vessie et du rectum s'exécutaient d'une manière normale. L'examen avec le doigt ne faisait rien rencontrer dans le rectum.

Trois semaines plus tard, les symptômes locaux et généraux avaient augmenté d'intensité : il y avait beaucoup de fièvre et une vive douleur qui remontait jusqu'au rein gauche; il y avait du ténesme vésical, et les évacuations intestinales étaient pénibles et douloureuses.

Autant que M. Cock peut se le rappeler, il y eut un seul frisson. — L'intestin ayant été complétement vidé par un purgatif d'abord, puis par un lavement, on fit un nouvel examen du rectum. On trouva un engorgement situé au-dessus et à gauche de la prostate, dans le point correspondant à la vésicule séminale gauche. Quand on comprimait l'hypogastre on produisait une sensation obscure de fluctuation. Deux jours plus tard, la tuméfaction avait augmenté, et la fluctuation y était plus évidente et se faisait sentir plus bas. Comme les souffrances du malade étaient considérables, M. Cock se détermina à évacuer le pus contenu dans cette tumeur, ce qu'il fit au moyen d'une ponction avec le bistouri. Il s'écoula immédiatement une grande quantité de pus séreux, de couleur foncée et d'une odeur fétide, qui continua à couler pendant deux ou trois semaines, et la guérison eut lieu.

---

33. *Du phosphate d'ammoniaque dans le traitement de la goutte et du rhumatisme.*

(Medical Times.)

Les idées généralement reçues par les médecins sur la na-

ture des maladies ont naturellement beaucoup d'influence sur la thérapeutique que l'on dirige contre elles. Les altérations des humeurs, si souvent invoquées par les anciens, ont conduit à l'emploi systématique de moyens qui ont varié suivant la nature de l'humeur qu'on supposait altérée et l'espèce d'altération qu'on croyait qu'elle avait subie. Les altérations du sang et des urines, sur lesquelles les travaux modernes ont jeté tant de jour, ont conduit aussi les médecins modernes à des essais thérapeutiques, et, pour ne parler que de la goutte et du rhumatisme, du moment qu'on a eu reconnu la présence de ce qu'on appelle la diathèse urique, on a dû chercher les moyens de neutraliser cette diathèse. C'est ce qui a conduit M. Edwards à proposer dans ces maladies l'emploi du phosphate d'ammoniaque. Rien de plus facile à comprendre, suivant lui, que les heureux effets de ce sel : introduit dans l'économie, il se combinerait avec l'acide urique et l'urate de soude en excès; ces deux substances insolubles seraient décomposées, et il y aurait formation de deux sels solubles, le phosphate de soude et l'urate d'ammoniaque. Il aurait encore, suivant Liebig, la propriété de rendre l'acide urique facilement soluble dans l'eau ; de sorte que cet acide, en excès dans cette maladie, serait éliminé facilement par les reins. Voilà pour la théorie. Quant à la pratique, M. Edwards affirme que, donné à l'intérieur à la dose de 50 centigrammes, ce sel ne détermine aucun accident, tout au plus quelques nausées en commençant, avec un peu de chaleur à l'épigastre; et si le malade se tient chaudement, on ne tarde pas à voir des effets diaphorétiques et diurétiques très prononcés. Ce médecin fait précéder l'usage du phosphate d'ammoniaque de l'administration d'un purgatif ; et, dans le rhumatisme articulaire aigu, lorsque la maladie est intense, il a recours aussi à un traitement antiphlogistique local et général. Suivant lui, le phosphate d'ammoniaque prévient l'extension du rhumatisme à d'autres jointures, l'empêche de passer à l'état chronique et de se localiser ; il prévient aussi les complications vers le cœur. Dans la goutte, en employant ce sel de bonne heure, on préviendrait et on retarderait les attaques. C'est surtout dans la forme atonique, avec gonflement rebelle des articulations, que l'on se trouve le mieux du phosphate d'ammoniaque. On peut encore en faire usage en lotions sur les parties malades. Tels sont les résultats annoncés par M. Edwards ; ils méritent d'être vérifiés, mais avec toute la réserve que comporte l'emploi d'un sel dont les propriétés physiologiques ne sont pas encore bien connues, et qui doit avoir une influence altérante analogue à celle des autres sels ammoniacaux.

34. *Reproduction de l'os maxillaire inférieur, après une nécrose par la vapeur de phosphore;* par le professeur VIRCHOW.

(Verhandlungen der phys. medic. Gezellschaff in Wüzburg.)

Durant l'été de 1847, le professeur Virchow fut appelé pour examiner le corps d'une jeune fille qui avait récemment succombé à une maladie des poumons, et qui, neuf mois avant, avait perdu la moitié gauche de la mâchoire inférieure par une nécrose due au phosphore. A l'examen de la mâchoire, M. Virchow ne fut pas peu surpris de trouver un os ferme et légèrement courbé. Cet os était uni en avant avec la moitié saine de la mâchoire, et mobile en arrière au niveau de l'articulation ; en un mot, c'était une régénération complète de l'os. L'os nécrosé fut rencontré dans sa position primitive ; il avait amené une abondante suppuration et se trouvait si détaché de tout le reste, qu'il eût suffi de le diviser dans son milieu pour l'enlever aisément. Cet os consistait en une moitié complète de la mâchoire inférieure, avec sept cavités alvéolaires, l'angle de la mâchoire, son condile, et la plus grande partie de l'apophyse articulaire ; il pesait environ 22 grammes, et avait pour longueur, du bord inférieur de son angle au point de séparation en avant, 3 pouces 1/8. Cet os ancien présentait à sa surface différentes cavités ; dans certains points, il ressemblait à de la pierre ponce.

L'os nouveau reproduisait entièrement la forme de la partie nécrosée ; son corps était irrégulièrement arrondi. Les saillies alvéolaires étaient remplacées par une surface plate percée d'un canal pour les vaisseaux ; le long de son bord inférieur jusqu'à son angle, il mesurait 3 pouces 3/4. Cet os était légèrement courbé en avant.

L'angle de l'os était de la même forme dans l'os ancien comme dans l'os nouveau ; seulement il paraissait plus aigu dans l'os nouveau. Les apophyses se correspondaient en longueur et elles se terminaient par de petites pointes auxquelles étaient attachés les ligaments à l'aide desquels l'os s'unissait aux parties adjacentes. Il n'existait point de véritable articulation. Au-dessus de l'angle de la mâchoire et au milieu de la branche, on voyait une ouverture d'un 1/2 pouce de diamètre. Elle était remplie d'un tissu fibreux jaunâtre qui réunissait les deux feuillets du périoste et à travers lequel passaient de nombreux vaisseaux pour se distribuer dans l'os. Cet os pesait 37 gr. 820 ; sa couleur était rouge, et son tissu légèrement spongieux.

---

35. *Observation de péricardite, dans laquelle on a constaté le bruit de frottement, et reconnu plus tard à l'autopsie, après la mort survenue par une maladie intercurrente, l'absence d'adhérences du péricarde* ; par le docteur C. MOREHEAD.

(London medical Gazette.)

On sait combien les opinions des pathologistes sont partagées au sujet de ces plaques pseudo-membraneuses que l'on trouve quelquefois à la surface du cœur : beaucoup pensent que c'est là le résultat d'anciennes péricardites non terminées par adhérences ; mais il est plusieurs auteurs qui croyent que les adhérences sont presque inévitables après la péricardite, et surtout après la péricardite dans laquelle on a constaté le bruit de frottement. Dans un mémoire qu'il a publié en 1850 (*London med. gaz.*, avril 1850), M. Kirkes a été plus loin encore ; dans ce mémoire, intitulé *De la rareté des adhérences du péricarde,* il a soutenu que c'était une erreur de croire, avec la plupart des pathologistes, que dans la péricardite aiguë accompagnée de bruit de frottement, et arrivant à guérison avec disparition de ce bruit, celle-ci soit produite par la formation d'adhérences. Il ne faudrait sans doute pas exagérer trop cette proposition, mais il est bon de connaître des faits authentiques dans lesquels on a pu constater, après la guérison de la maladie, l'absence d'adhérences et la présence de quelques plaques minces et opaques à la surface du cœur. Voici le fait que M. Morehead vient ajouter à ceux déjà publiés par M. Kirkes.

Un marchand de fruits Indous, âgé de 28 ans, bien portant, mais adonné à l'usage de l'opium depuis six années, entra a l'hôpital de Bombay, le 28 juin 1850, avec tous les signes d'une péricardite aiguë : anxiété, respiration courte et précipitée (68 par minute), et presque entièrement abdominale ; peau d'une température normale ; pouls à 78, un peu petit, mais assez vif ; langue chargée. A la région précordiale, dans une étendue d'un pouce et demi en dedans du mamelon, bruit de frottement péricardiaque, presque semblable au bruit de cuir neuf ; sensibilité à ce niveau, augmentation de l'impulsion ; les bruits s'entendaient très distinctement. Pas de douleurs articulaires, cependant, huit ans auparavant, il avait eu une attaque assez vive de rhumatisme articulaire aigu. Des applications de sangsues sur la région précordiale, un vésicatoire, puis l'administration du calomel à doses fractionnées firent justice de la maladie après un mois, et il sortit de l'hôpital, ne présentant plus trace de son bruit de frottement, et revint un mois après, se plaignant de

quelques phénomènes douloureux vers la région précordiale ; il quitta de nouveau l'hôpital après l'emploi de purgatifs, et ne rentra que pour mourir, huit mois après, du choléra. A l'autopsie, on ne trouva ni épanchement ni adhérences dans la cavité du péricarde ; la surface interne de cette membrane était pâle, et sans dépôts d'aucune espèce ; le cœur était petit, sans dilatation ; au centre de la paroi antérieure du ventricule droit, plaque opaque d'un demi-pouce de long et d'un quart de pouce de large, qu'il fut facile de détacher, avec la pince, de la membrane séreuse, sous forme d'une couche fine et mince de tissu cellulaire, lisse à sa surface ; à la partie supérieure du ventricule gauche, autre plaque plus petite et plus mince ; partout ailleurs çà et là, quelques points opaques. Endocarde sain ; rien aux valvules ; deux ou trois plaques déposées à la surface interne de l'aorte.

---

36. *Ulcère rongeant de l'utérus* ; par le docteur Bennet.

(London medical Gazette.)

La structure intime de cette lésion est encore assez mal déterminée; on ne peut guère ranger cette affection au nombre des cancers, car elle en diffère par plusieurs caractères bien tranchés, et entre autres par une destruction rapide, mais parfaitement limitée, du tissu envahi par la maladie. C'est à cette variété d'ulcère que paraît se rapporter le cas suivant, communiqué par M. Bennet à la société médicale de Londres (février 1851).

La malade qui portait cet ulcère rongeant mourut à l'âge de 48 ans ; elle était mère de sept enfants, et c'est à l'âge de 43 ans qu'elle accoucha pour la dernière fois. En 1847, elle devint sujette à de la leucorrhée et à des hémorrhagies utérines qui la retinrent plusieurs mois au lit. Un examen au speculum, en 1849, fit constater un état morbide du col utérin qui montrait comme un fongus granuleux, du volume d'une noix, sortant de sa cavité. Cette maladie résista à tous les remèdes, et la femme mourut. A l'autopsie, on trouva que non-seulement le col de l'utérus, mais aussi une portion considérable du corps, étaient détruits, sans la moindre apparence d'un dépôt de matière nouvelle, sans ramollissement ni induration de ce qui restait. Le tissu sain de l'utérus se terminait brusquement par une surface dentelée, comme s'il eût été rongé. L'ulcération faisait communiquer le rectum avec la vessie, et les trois cavités communiquaient librement par une sorte de cloaque. L'examen microscopique de la lésion, fait par le docteur Quain, a donné les résultats suivants.

On a rencontré dans cette substance : 1° un tissu fin, filamenteux ou celluleux ; 2° des particules de matière grasse, dans quelques point très abondantes, mais librement répandues dans les diverses parties du tissu ; 3° des cristaux de phosphate de chaux ; 4° quelques petites cellules renfermant des granules libres et séparés. On n'a rencontré ni cellules, ni fibres, ni d'autres éléments qui aient pu faire croire à une affection cancéreuse. D'un autre côté, il n'y avait point apparence de matériaux plastiques pour arrêter les progrès de ce travail désorganisateur. Le docteur Quain, en comparant la surface de l'ulcère aux tissus plus sains de l'utérus, n'a point trouvé de différence anatomique. Faut-il, avec M. Bennet, ranger cette affection dans les cancroïdes épithéliaux ? Nous ne le pensons pas, et nous aimerions mieux y voir un de ces ulcères qui semblent dus à une destruction moléculaire des tissus sans aucune production nouvelle.

---

37. *Hypertrophie de la lèvre antérieure du col de l'utérus*; opération par le docteur MONTGOMERY.

(Dublin quarterly journ. of med. science.)

Une femme âgée de 35 ans, mère de plusieurs enfants, dont la santé avait toujours été très bonne jusqu'alors, fut prise, en peu de temps, d'accidents assez graves du côté de l'utérus. En l'examinant au spéculum, on constata que l'utérus descendait très bas ; la lèvre antérieure du col offrait un excès de développement de trois travers de doigt sur la lèvre postérieure ; les surfaces interne et externe de cette lèvre antérieure étaient largement ulcérées ; le tissu utérin paraissait engorgé ; il était dur, résistant au toucher ; malgré ces signes, il était facile de voir qu'il n'y avait là rien qu'une hypertrophie simple. Le docteur Montgomery, après avoir essayé en vain les caustiques, se décida à exciser cette portion du col. L'opération n'offrit rien de remarquable ; une hémorrhagie peu abondante fut arrêtée au moyen d'un tampon de charpie trempée dans une liqueur hémostatique. La tumeur, examinée, paraissait être formée par du tissu érectile ; elle renfermait une grande quantité de vaisseaux gorgés de sang. Quatre semaines après l'opération, en examinant de nouveau la femme, le chirurgien fut très étonné de voir que la lèvre antérieure du col présentait son aspect normal, et que la lèvre postérieure, qui, au moment de l'opération, était plus développée qu'elle n'est ordinairement, était revenue aussi à son état normal. Le docteur Montgomery revit cette femme plusieurs mois après ; elle jouissait d'une parfaite santé.

38. *Accidents cérébraux provoqués par une hernie.*

(Pr. Ver. Ztg.)

Si on est disposé à rapporter les convulsions à la présence de vers intestinaux ou à d'autres causes dont l'action est au moins contestable, il arrive trop souvent qu'on méconnaît la véritable origine des accidents nerveux auxquels les enfants sont sujets. Les deux observations que nous empruntons au docteur Latz, en supprimant les conclusions très hasardées de l'auteur, doivent être citées comme un avertissement utile.

1° Un enfant à la mamelle est atteint, depuis plusieurs jours, d'une diarrhée qui se suspend tout à coup. Des vomissements, et, plus tard, un état soporeux, surviennent ; douze heures après le début de la constipation, la fièvre est vive, l'assoupissement continu. L'enfant porte une hernie inguinale. On essaye la réduction, qui ne réussit pas. A la suite de l'application d'une pommade belladonée, la hernie se réduit d'elle-même, et les accidents cessent aussitôt.

2° Garçon d'un an, pris assez subitement de fièvre, rougeur du visage et convulsions. Deux heures après, l'enfant est assez bien. Le lendemain, à la même heure, retour des premiers accidents ; la face est injectée, chaude ; les pupilles contractées, fièvre vive, convulsions, signes de souffrance. 3 sangsues appliquées derrière les oreilles semblent déterminer une amélioration de courte durée ; les mêmes symptômes ne tardent pas à se reproduire. On soupçonne une affection intermittente, et après une nouvelle application de sangsues, le sulfate de quinine est prescrit. Heureusement l'auteur songe à examiner la région inguinale, et constate la présence d'une hernie étranglée, qu'il réduit immédiatement. Depuis lors aucun accident nerveux n'a reparu.

---

39. *De l'emploi de l'yhdrothérapie dans le typhus febris nervosa gastrica, mucosa, pituitosa* ; par le docteur Hegele, médecin en chef de l'hôpital d'Augsbourg.

(Neue medicinische chirurgische Zeitung.)

Cette méthode, employée par Currie dès 1787, dans plus de 150 cas de typhus dont la guérison fut attribuée aux lotions froides, a trouvé de chauds partisans en Angleterre ; plus tard, Mylius, à Saint-Pétersbourg (1813), Horne, à la Charité de Berlin (1814). Froehlich, doyen de la Faculté de médecine à Vienne, s'en louèrent beaucoup ; mais c'est surtout Priesznitz (de Græfenberg) qui nous a fait connaître le mieux l'action

curative de l'eau employée à des températures différentes et dans des applications diverses, selon qu'il s'agit d'obtenir une action calmante, sudorifique, fortifiante, antiphlogistique et même irritante.

M. Hegele a traité plus de 100 fièvres typhoïdes et nerveuses par cette méthode « qui, je le déclare en conscience et en vérité, dit-il, a été bien plus efficace que les différents traitements antérieurement employés. »

Nous allons exposer, avec autant de détails que le mérite le sujet, la partie tout à fait pratique de ce travail, en nous référant à l'excellent feuilleton de M. Lombard (de Genève) sur l'hydrosudopathie *(Gaz. Méd., n° 11 ; 1851)*.

Dans la première période, de l'*éréthisme*, de l'*irritation*, des *symptômes gastriques*, lorsque, au début de la maladie, se montrent des phénomènes gastriques, une turgescence vers le haut, l'auteur commence par nettoyer les premières voies par un vomitif (ipécacuanha). Après cette précaution, il suffit de quelques affusions et d'envelopper le malade dans des draps humides ou de le placer dans un demi-bain pour couper ou tout au moins pour modérer la fièvre pendant toute la durée de la maladie. La température de l'eau et la durée de son emploi se règlent d'ailleurs d'après l'intensité de la fièvre et l'irritabilité du malade. Les linges plus ou moins tordus ont une température de 14—18° R. Le demi-bain consiste à mettre dans la cuve 8 à 10 pouces de hauteur d'eau (14—18° R.). Les parties du corps plongées dans l'eau seront continuellement frottées, la poitrine et la tête seront en même temps lavées ou arrosées à plusieurs reprises, jusqu'à ce que le corps devienne frais au toucher et que les symptômes de la fièvre diminuent. Après ce bain, dont la durée est de deux à cinq minutes, le malade est bien séché, on le met au lit enveloppé d'un drap sec, et légèrement couvert, et on le laisse reposer. A chaque exacerbation fébrile. on répète le bain, qui agit si agréablement sur les malades, qu'ils le réclament ordinairement eux-mêmes ; car, après le bain, la chaleur sèche de la peau et l'agitation diminuent ; il survient un calme notable suivi le plus souvent d'un bon sommeil.

Chez des sujets jeunes, pléthoriques, qui présentent dans les premiers jours des symptômes d'une hypérémie avec un pouls plein, fréquent, une violente céphalalgie, une tendance aux hémorrhagies, une stase dans le cerveau ou dans les poumons, on a recours aux demi-bains (14—18° R.) et aux fomentations très froides sur la tête ; ces dernières sont presque toujours nécessaires, tant pour combattre les congestions que pour les prévenir.

Dans les sept premiers jours, on ne doit pas provoquer les sueurs, elles ne soulagent pas et produisent plutôt des congestions ; si par contre, elles se déclarent spontanément le septième, neuvième ou onzième jour, il est convenable de les entretenir.

Dans la deuxième période, *nerveuse*, *typhoïde*, l'auteur emploie les lotions, les arrosements et les demi-bains (10—15° R.), quelquefois les draps mouillés et toujours les frictions ; si la torpeur est prononcée, les affusions, les douches en pluie et les frictions cutanées sont indiquées. La durée de ces moyens dépendra de la réaction, elle sera plus ou moins longue, selon que celle-ci sera forte ou faible ; aussi, pour ne pas enlever une trop grande quantité de calorique au malade, on lui donne très peu à boire et on humecte fréquemment avec de l'eau la bouche et la muqueuse, tandis que, dans la première période, les malades peuvent boire de l'eau à leur soif. En général, dans cette période, où l'irritabilité est grande et la vie végétative très déprimée, l'emploi de l'eau doit se faire à température basse et à courte durée, et l'on se dirigera toujours d'après l'état du corps par rapport à la soustraction plus ou moins forte de chaleur. Tout en continuant le traitement général, les symptômes qui dénotent une *affection* de la *poitrine* sont combattus par des fomentations qui varient selon le caractère synochale ou torpide de la maladie ; ceux du bas-ventre : douleur dans la région iléo-cœcale, ulcères dans les intestins, par des fomentations froides et des lavements d'eau à la température de 15—18° R. ; la *diarrhée*, par les lavements froids (12—15° R.), qui sont presque toujours efficaces ; le *météorisme*, rare et ordinairement peu prononcé dans ce traitement, par des fomentations froides (6 à 10° R.) sur le ventre ; les *hémorrhagies intestinales*, par des lavements d'eau froide et des fomentations froides sur le ventre, la *torpeur de la vessie*, par des fomentations froides, le cathéter, toutefois, sera bientôt introduit ; le *décubitus* est observé très rarement dans ce mode de traitement ; s'il se déclare des parties rouges, on mettra sous le malade des linges trempés dans de l'eau froide. Les *parotides* réclament des fomentations irritantes, tant pour les maintenir que pour les faire suppurer. L'*éruption miliaire* ne modifie pas le traitement général. Les *furoncles* sont recouverts par des fomentations irritantes.

La *menstruation* qui survient dans les premiers jours ne contre-indique pas le traitement, il sera toujours plus utile de le continuer que de le suspendre.

Dans la *fièvre nerveuse versatile* (P. Franck), draps mouillés, demi-bain (15—18° R.), fomentations froides sur la tête.

Dans la *fièvre nerveuse avec stupeur*, même traitement que dans la période de torpeur.

Dans la *fièvre avec caractère putride*, outre l'emploi court et rapide de l'eau froide, quinquina et acides minéraux.

Dans la troisième période, celle des *crises*, il n'est pas rare d'observer déjà le septième, neuvième ou onzième jour, des signes d'amélioration, mais le plus souvent ils ne se manifestent que vers le quatorzième, dix-septième, vingt-unième jour et même plus tard. La peau devenant molle, moite, la langue humide, le pouls calme ; les symptômes de la fièvre diminuant, il faut seulement avoir soin que la transpiration ne soit pas entravée ou supprimée, et de nettoyer plus tard, après chaque transpiration, la peau couverte de sueurs gluantes avec de l'eau à la température de 15 à 18° R. Si la crise ne se développe pas, on enveloppe, pendant l'exacerbation fébrile, le malade de draps mouillés dans lesquels il restera couché jusqu'à ce que la transpiration se déclare, et l'on soutient celle-ci en faisant boire beaucoup d'eau froide. Dans les cas de congestion vers la tête ou vers la poitrine, on aura souvent recours aux fomentations froides.

Aussitôt que la transpiration diminue, il faut toujours laver le corps avec de l'eau froide. Si la crise ne se déclare pas, on agira de même le lendemain et les jours suivants, jusqu'à ce qu'on ait obtenu l'action désirée.

La crise par les urines est aussi souvent observée. Dans la convalescence, où le malade a ordinairement un fort appétit, il faut éviter toute occasion d'indigestion.

Contre les constipations et les diarrhées, on emploiera des lavements froids.

---

40. *Sur la transmission de la syphilis des nourrissons aux nourrices*; par M. Petrini.

(Il Raccoglitore medico.)

Voici encore un fait, succinct il est vrai, mais empreint d'un cachet de sincérité qui peut bien remplacer quelques détails. Nous qui tenons à instruire complétement le grand procès de la transmissibilité de la syphilis congéniale, nous attachons, on doit le comprendre, plus d'importance aux preuves recueillies par des témoins dégagés d'intérêts de doctrine qu'aux observations, plus significatives en apparence, des chefs d'école.

Obs.—En mars 1844, M. Petrini fut appelé à voir un nouveau-né, élevé à la campagne. Fruit d'un amour illégitime, il avait

été confié à sa nourrice par une personne étrangère, qui pourvoyait largement à ses besoins. On ne connaissait par ses parents ; on savait seulement que sa mère était affectée de syphilis constitutionnelle lorsqu'il vint au monde. L'enfant, faible et chétif, ne tarda pas à présenter des ulcères dans la bouche et à l'arrière-gorge et des taches cuivrées sur la peau. Il alla en s'émaciant de jour en jour, et mourut à 3 mois.

La nourrice le voyant s'affaiblir graduellement, s'en prenait à la mauvaise qualité de son propre lait, et elle priait souvent deux de ses amies, deux sœurs, également nourrices, de donner le sein à son nourrisson. Celles-ci y consentirent plus d'une fois par compassion.

Bientôt elles commencèrent toutes les deux à avoir des ulcères au mamelon. Des douleurs ostéocopes parurent, puis des ulcères aux parties génitales. Elles en communiquèrent à leurs maris. Enfin, voyant dépérir leurs enfants jusque-là bien portants, elles appelèrent M. Petrini ; celui-ci, sachant qu'il n'y avait aucun doute à élever sur l'honnêteté de ces femmes, reconnut bientôt l'origine et la filiation des symptômes. Chose remarquable ! au milieu de cette propagation, la nourrice demeurait saine, et elle resta telle durant deux ans, pendant lesquels M. Petrini a eu fréquemment de ses nouvelles.

Les deux enfants moururent, malgré tous les remèdes employés, par suite d'ulcères à la bouche et à l'isthme du gosier, lesquels s'opposaient à la déglution, et de tubercules profonds qui causaient de l'insomnie et une agitation continuelle.

Un traitement local simple rendit la santé aux maris ; ils n'eurent plus tard aucune suite de la maladie vénérienne.

Quant aux deux mères infectées, l'une recouvra la santé, grâce au traitement de Dzondi ; l'autre fut forcée d'entrer à l'hôpital Saint-Jacques, de Rome, d'où elle sortit au bout de quelques mois, guérie de la syphilis, mais privée de la vision d'un œil, par suite d'une iritis.

L'auteur se demande pourquoi la nourrice demeura seule intacte, au milieu de cette transmission si facile et si multipliée de la syphilis. On peut sans doute l'expliquer en faisant observer que rien n'est constant, obligé, en matière de contagion ; que, pour qu'un virus produise ses effets, certaines conditions sont nécessaires chez la personne qui s'expose à son influence. Mais on peut aussi soupçonner que cette nourrice, connaissant parfaitement le danger qu'elle courait, prenait des précautions contre l'infection, et que peut-être c'est justement pour s'y exposer le

moins possible qu'elle priait si souvent ses voisines d'allaiter en sa place son nourrisson.

---

41. *Sur le diagnostic de la miliaire larvée et compliquée*; par M. Fallani.

(Gazetta medica Italiana Toscana.)

La miliaire peut, surtout à son début, revêtir les caractères d'une foule d'autres maladies, et en imposer aux cliniciens les plus attentifs. Il n'était donc pas inutile de passer en revue les affections dont elle simule le plus ordinairement la marche.

Pour commencer par l'une des formes fébriles les plus communes et le mieux connues, la miliaire prend souvent l'aspect de la synoque simple ; et c'est seulement quand il s'y joint quelque chose d'un état gastrique , catarrhal , rhumatismal, etc., que le principe exanthématique se cache. Par conséquent, plus la fièvre se rapproche d'une véritable et franche fièvre inflammatoire, moins l'on a de raisons de soupçonner une miliaire, et réciproquement. Ne nous laissons pas tromper par cette espèce d'orgasme, de surexcitation, d'expansion prédominante du système cardiaque et vasculaire, dont cette fièvre éruptive, ainsi que les autres, s'accompagne souvent. Elle est bien différente, en effet, de cette force de contraction qui, dans la vraie synoque, rend le pouls vif, tendu, vibrant et soutenu. Ensuite il y a, dans la synoque, un cours régulier et uniforme, une augmentation graduelle, puis une diminution correspondante, et jamais une subite et violente invasion des symptômes, une marche variable et accidentée, ou bien une douceur de certains phénomènes, coïncidant avec la gravité de quelques autres, qui donne à l'ensemble du mal une apparence ataxique .... tous signes appartenant en propre à la miliaire. Avec ces remarques, aidées de la considération de la constitution dominante, on a tous les moyens capables d'éclairer le diagnostic entre ces deux affections.

Ces mêmes observations peuvent s'appliquer aux autres fièvres continues, si ce n'est que lorsque la miliaire revêt l'aspect d'une fièvre gastrique, bilieuse, adynamique, etc., les signes propres à l'état gastrique, bilieux, adynamique, etc., ne s'expliquent presque jamais comme dans la marche ordinaire de ces fièvres. Parfois les plus importants d'entre eux manquent, d'autres prennent une violence inusitée. En un mot, ils montrent, par le peu d'accord qui règne entre eux, qu'ils ne sont point la conséquence de la fièvre.

C'est un fait clinique admis que la miliaire est assez souvent accompagnée d'une fièvre sujette à rémissions et à exacerbations, et parfois à une intermittence prononcée. On possède, et en certain nombre, des observations de miliaire sous le type quotidien et tierce. Pour démêler dans ce cas la véritable essence du mal, il faut tenir compte de la saison, de l'habitation, du génie des maladies dominantes. En outre, quelle que soit la ressemblance que la miliaire puisse avoir avec une fièvre périodique légitime, pourtant jamais les stades n'y sont aussi marqués, aussi distincts. L'apyrexie n'y est pas complète, et les divers phénomènes morbides ne disparaissent point complétement entre les accès.

La miliaire se déclare fréquemment sous forme d'une congestion locale, soit de l'encéphale, soit des poumons, soit des organes centraux de la circulation. Il faut ajouter que non-seulement elle simule, mais qu'elle détermine réellement ces congestions viscérales étendues, les tient sous sa dépendance immédiate comme épiphénomènes, les fixe quelquefois dans les organes, de telle sorte qu'elles y trouvent la cause d'une existence propre, et y persévèrent ensuite comme maladies secondaires. Aussi la question de diagnostic devient-elle alors parfois très embarrassante. On peut néanmoins dire d'une manière générale que l'existence du principe éruptif de la miliaire se signale ici par l'invasion brusque des symptômes, par le peu de rapport qui se montre entre eux au point de vue de leur gravité mutuelle.

---

42. *De l'action pustulative de l'huile de croton tiglium* ; par M. Barellai.

(Gazetta Medica Italiana Toscana.)

Les conclusions, appuyées de nombreuses expériences, auxquelles M. Barellai est arrivé, répondent à quelques appréhensions que plusieurs médecins avaient encore relativement à l'effet purgatif des frictions avec l'huile de croton. Ce travail servira donc à répandre davantage l'emploi de ce précieux moyen de révulsion, désormais reconnu sans inconvénient.

Les pustules que détermine l'huile de croton sont plus petites, et en même temps étendues sur une plus large surface que celles qui résultent du tartre stibié ; mais elles se développent plus promptement et sont beaucoup moins douloureuses.

Ces pustules viennent plus rapidement, sont plus élevées, plus

confluentes sur la peau garnie de poils que dans les endroits où elle est glabre.

Les pustules varient en grandeur selon les diverses parties du corps. Elles sont très petites sur le dos, plus volumineuses au ventre, plus volumineuses encore sur la poitrine, très développées et comme pemphigodes aux cuisses et aux mollets.

Les frictions avec l'huile de croton sur le bas-ventre, bien qu'elles aient occasionné des pustules, n'ont jamais amené aucun effet purgatif. (Notre expérience, très étendue, de l'emploi de ce moyen révulsif, confirme pleinement cette assertion de M. Barellai.)

Pour obtenir par les frictions une purgation, il est nécessaire de verser quelques gouttes d'huile de croton tiglium sur le derme, *préalablement dénudé par un vésicatoire.*

On peut, sans aucune crainte d'accidents, employer 4 grammes d'huile de croton, en frictions sur les régions indiquées plus haut, pour y exciter l'action pustulative.

---

43. *Ligature de la carotide primitive pour un anévrisme faux circonscrit des artères maxillaire externe, sub-linguale et sous-maxillaire* ; par M. Niccoli.

(Gazetta medica Italiana Toscana.)

Obs.—Un agriculteur, âgé de 24 ans, se blessa accidentellement, le 26 mai 1850, dans la région sous-maxillaire droite, près de la symphyse du menton, avec un petit couteau pointu. La plaie était oblique en haut, en arrière et en dehors. Une hémorrhagie très abondante survint immédiatement et se termina par la syncope.

Au bout de quatre à cinq jours, sous la plaie réunie par première intention, il se manifesta une petite tumeur molle, pulsatile. Le dix-huitième jour, elle avait acquis le volume d'un œuf de poule. Le malade entra alors à l'hôpital de Livourne.

M. Niccoli, l'examinant le 18 juin, trouva, dans la région indiquée, une tumeur ovoïde, ayant son grand diamètre étendu de l'angle de la mâchoire jusque près de la symphyse du menton ; son autre bord côtoyait le bord inférieur du cartillage thyroïde. Pulsations très distinctement isochrones aux battements du cœur; peau saine. La pression faisait affaisser cette tumeur ; mais à peine cessait-on de la comprimer, elle reprenait avec rapidité son premier volume. Il était aisé de reconnaître dans cette tumeur un anévrisme faux circonscrit ; mais il l'était beaucoup moins

de décider de quelle artère cette dilatation morbide procédait.

Dans cet état, il fut résolu en consultation d'employer l'électro-puncture. On commença le 22, en enfonçant deux aiguilles aux extrémités de la tumeur les plus distantes l'une de l'autre. Le patient éprouva de vives douleurs et des secousses quand on approchait des aiguilles les fils conducteurs. On finit par les mettre en contact, et alors les souffrances devinrent nulles. On prolongea la durée des séances de dix minutes à une demi-heure, en laissant entre elles un espace de vingt-quatre heures. Dès la quatrième séance, il ne ressentait plus de douleur. A la septième, la tumeur devint dure à la périphérie, mais un peu douloureuse et plus grosse qu'auparavant. De son centre, là où un bandage trop serré avait déterminé une excoriation, suintait un peu de sang noir ; la peau était devenue en ce point œdémateuse et très rouge. Une rupture étant imminente, on suspendit l'électro-puncture et on employa les émollients. Néanmoins le sang continua à transsuder ; le 1er juillet, il se fit une déchirure, et le sang s'échappa en très grande abondance. On l'arrêta momentanément par la compression, et par une saignée du bras de 500 grammes.

Le lendemain, le 2, on enleva la compression ; un jet de sang artériel sortit immédiatement. Plusieurs des consultants voulaient qu'on mît la tumeur à découvert et qu'on allât sur le lieu même à la recherche des branches artérielles divisées pour en pratiquer la ligature. Mais M. Niccoli montra toutes les difficultés de ce plan et fit adopter la ligature de la carotide primitive. On mit donc la carotide à nu vers le milieu du cou; un fil fut passé sous elle, et l'on remarqua que la tumeur se vidait et se remplissait alternativement , selon que l'on soulevait le vaisseau sur le fil, ou qu'on le laissait retomber. La ligature fut définitivement serrée sur un petit cylindre de linge.

Vers le soir il ne restait qu'un léger suintement sanguinolent ; mais il s'était manifesté, dès les premières heures, une certaine difficulté de déglutition , avec la sensation pour le malade d'avoir toujours quelque chose à avaler. Pouls fort et dur. (Saignée de 320 gr.)

Le 3 au matin, l'appareil s'étant taché d'un sang rouge , on appliqua quelques plumasseaux soutenus par un bandage compressif.

Le 4, à huit heures du soir, une hémorrhagie abondante se fit par la tumeur, dont toute la peau était gangrenée ; mais à peine l'appareil enlevé, le sang s'arrêta. Les forces du malade commençant à l'abandonner, on se décida à agir sur la tumeur même. M. Niccoli enleva donc les caillots qui la remplissaient ; à l'instant

un jet de sang large et violent s'échappe. On cherche à le tarir en portant le doigt sur le vaisseau qui le fournit; mais comme il vient de plusieurs sources, on ne peut parvenir à le dominer. En ce péril, M. Niccoli ordonne aux aides de cesser leurs tentatives de compression, reconnaît que le sang sort principalement du côté de la symphyse du menton. Il cherche à saisir avec de fortes pinces les tissus où l'artère divisée est comprise; mais ne pouvant y réussir, il les tord au hasard et à plusieurs reprises jusqu'à ce que l'hémorrhagie ait ainsi été arrêtée de ce côté.

Passant alors à examiner la partie de la plaie qui avoisine l'angle de la mâchoire, il reconnut là une bouche artérielle béante, mais ne donnant pas de sang pour le moment. Ayant vainement cherché à la lier, il prit le parti d'y enfoncer un bout de bougie en corde à boyau, et de soutenir le tout par un simple pansement à plat.

La suppuration s'établit peu à peu.

Le 10, on enleva une partie de la charpie.

Le 11, le reste de la charpie et la bougie se détachèrent presque spontanément. La plaie offrait un bel aspect.

Le 18, le fil de la ligature de la carotide tomba, ainsi que le petit cylindre qu'on avait interposé entre le vaisseau et lui.

L'opéré put quitter l'hôpital le 2 août. Le 8 la plaie était complétement guérie. Le 15 octobre, il repartit pour son pays dans un état de santé parfaite.

— Cette longue relation d'une des plus laborieuses entreprises de la chirurgie nous a surtout paru propre à montrer quel secours un homme résolu et de sang-froid peut porter même dans les cas les plus désespérés en apparence. Certes personne, *à priori*, n'eût donné le conseil d'aller inciser la tumeur anévrismale pour se borner à tordre au hasard quelques artères, et pour en boucher une autre avec un morceau de bougie; et pourtant ce parti, si téméraire, si plein d'incertitude et de dangers, est celui qui a réussi, qui a fait cesser les accidents avec une rapidité pour le présent, une sûreté quant aux suites, que la ligature elle-même aurait eu peine à égaler. Nouvel et significatif enseignement pour les chirurgiens qui se trouveraient en pareille conjoncture, et dont le courage aurait besoin d'être relevé par un exemple de ce que le calme et la résolution peuvent réaliser dans des cas où aucun des moyens les plus rationnels n'a jusque-là paru suffire.

Il semblerait exister un manque de rapport entre le refus que M. Niccoli fit, lors de la première consultation, d'inciser la tumeur, et la facilité qu'il mit, en dernier lieu, à s'y décider; mais la contradiction n'existe véritablement pas. A la première épo-

que, il était raisonnable de compter sur l'effet qu'aurait la ligature de la carotide, et de commencer par cette opération. Puis lorsque, plus tard, on vit qu'elle avait échoué, il fallut bien recourir au seul moyen possible, à la recherche sur le lieu même des vaisseaux intéressés. Et l'on y était même alors d'autant plus autorisé qu'il était permis d'espérer une moindre force dans l'hémorrhagie suscitée par cette opération, puisque le sang n'étant alors amené dans la tumeur que par la voie des anastomoses, ne devait plus y être apporté en aussi grande quantité ni avec une impulsion aussi énergique.

MÉLANGES.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

44. *Compte-rendu des séances pendant le mois de septembre* 1851 ; par MM. les docteurs LEBERT et BROWN-SÉQUARD, secrétaires.

(Gazette médicale de Paris, N° 44; 1851.)

ANATOMIE. — *Sur la portion céphalique du grand sympathique* ; par M. LUDOVIC HIRCHFELD.

« Depuis la découverte des ganglions ophthalmique, sphéno-palatin, otique, etc., l'existence de la portion céphalique du grand sympathique est devenue un sujet de controverse parmi les anatomistes. Les uns, rattachant au système ganglionnaire de la vie organique tous les ganglions, quel que soit le lieu qu'ils occupent, admettent que le grand sympathique s'étend à la tête, comme au thorax et à l'abdomen ; de là la dénomination de trisplanchnique sous laquelle ils l'ont désigné. Les autres, au contraire, soutiennent, mais sans faire connaître leurs motifs, que les ganglions de la tête appartiennent à une tout autre catégorie que ceux du grand sympathique, et que celui-ci n'a pas de portion céphalique.

« D'après M. Longet, la partie céphalique du grand sympathique est représentée par les ganglions de la tête et par les nombreuses irradiations du ganglion cervical supérieur, qui accompagne soit la carotide interne, soit la carotide externe, ainsi que la plupart de leurs branches. M. Arnold considère les ganglions de la tête comme constituant un petit système à part destiné aux organes des sens. M. Blandin, tout en admettant la destination spéciale aux organes des sens, des ganglions crâniens, les rattache à la série des autres ganglions sympathiques ; selon lui, la portion céphalique du grand sympathique se composerait

surtout des ganglions ophthalmique, sphéno-palatin, otique, sous-maxillaire et sublingual ; le ganglion cervical supérieur concourrait aussi à sa formation.

« Pour mon compte, les ganglions de la tête n'appartiennent nullement au système ganglionnaire du grand sympathique, mais ils forment un petit appareil de ganglions à part, qui dépendent des nerfs crâniens (3e et 5e paire), de la même manière que les ganglions intervertébraux dépendent des nerfs rachidiens. Les raisons anatomiques qui m'ont fait adopter cette manière de voir sont les suivantes : 1° lorsque quelques-uns des ganglions crâniens manquent, les rameaux qui en proviennent habituellement émergent du trijumeau. Ainsi les ganglions sphéno-palatin, otique, sublingual et sous-maxillaire manquent quelquefois chez l'homme ; le ganglion sphéno-palatin n'existe pas chez les ruminants, les rongeurs ; il manque aussi chez le chien et le chat ; alors les rameaux qui en naissent habituellement viennent du trijumeau ; 2° les liens qui rattachent les ganglions de la tête à l'appareil ganglionnaire du grand sympathique (racines végétatives) manquent assez souvent, et même on pourrait contester l'existence des racines végétatives des ganglions otique, sous-maxillaire, sublingual, tandis que je n'ai jamais vu manquer les filets (racines sensitivo-motrices) qui les fixent au nerf crânien ; 3° ces ganglions, quelquefois rougeâtres, ont souvent un aspect aussi blanc que celui des nerfs crâniens, ce qui s'explique parce qu'ils renferment beaucoup moins de substance grise que les ganglions sympathiques ; 4° si l'on examine enfin la texture des ganglions crâniens, on voit qu'elle est tout à fait analogue à celle des ganglions intervertébraux, tandis qu'elle diffère de celle des ganglions survertébraux splanchniques.

« Des recherches toutes récentes et pleines d'intérêt de M. le docteur Robin viennent pleinement confirmer cette dernière assertion ; voici ses propres paroles : « Il entre dans la constitution des ganglions nerveux crâniens les mêmes corpuscules ganglionnaires (cellules nerveuses de beaucoup d'auteurs) que dans les ganglions rachidiens. Un certain nombre de ces corpuscules correspond aux tubes nerveux minces, ils sont moins nombreux que ceux de même nature existant dans les ganglions du grand sympathique. Celui des ganglions qui renferme le plus de ces derniers corpuscules est le ganglion de Gasser, qui certainement ne sera pas comparé aux ganglions du grand sympathique. Les ganglions crâniens (ophthalmique, géniculé, sous-maxillaire etc.) sont, comme les ganglions rachidiens, remarquables surtout par l'abondance des corpuscules, comparativement au tissu

cellulaire et à la matière amorphe granuleuse ; c'est à cette prédominance de corpuscules qu'est due la couleur blanche des ganglions nerveux céphaliques, qui les distingue déjà à l'œil nu des ganglions sympathiques. Cette différence coïncide avec une différence de structure intime, puisque dans ces ganglions viscéraux on trouve, au contraire, une grande proportion de cette substance amorphe et aussi de tissu cellulaire et d'éléments fibro-plastiques, comparativement à la masse des globules ganglionnaires.

« Ainsi donc : 1° la proportion considérable des corpuscules dans les ganglions céphaliques, la petite proportion des éléments accessoires, comparée à la petite quantité des corpuscules dans les ganglions viscéraux avec, au contraire, grande proportion des éléments accessoires ; ces faits, disons-nous, montrent que les ganglions des nerfs de la tête ne peuvent pas être considérés comme analogues aux ganglions du système nerveux dit de nutrition ; 2° les faits indiqués précédemment montrent qne l'on peut comparer les ganglions crâniens aux ganglions rachidiens, puisqu'ils contiennent les mêmes éléments fondamentaux et accessoires.

« L'existence constante de liens qui les fixent aux nerfs médullo-encéphaliques, la communauté d'aspect et de texture m'autorisent à supposer une communauté de fonctions dans les ganglions crâniens et les ganglions rachidiens. Si donc les idées d'Arnold sont fondées relativement à l'usage des ganglions crâniens, les ganglions rachidiens (intervertébraux) devront aussi être considérés comme des ganglions sensoriaux, avec cette restriction toutefois que les ganglions crâniens ont sous leur dépendance immédiate les quatre sens spéciaux qui ont leur siége à la tête, tandis que les glanglions intervertébraux, étant placés sur le trajet de toutes les racines sensitives, auront pour usage de modifier la perception des sensations générales et de rendre les nerfs sur le trajet desquels ils sont placés aptes à transmettre les sensations spéciales du tact et du toucher.

« Après avoir démontré que les ganglions de la tête ne peuvent, anatomiquement parlant, être considérés comme la portion céphalique du grand sympathique, il nous reste à parler du prolongement crânien du ganglion cervical supérieur qui, à raison de ses nombreuses connexions avec les nerfs crâniens, de ses divisions, de ses anastomoses, de ses plexus multiples et de ses ganglions (ganglion carotidien et peut-être ganglion pituitaire), peut être envisagé comme l'origine céphalique du grand sympathique. »

PHYSIOLOGIE. — *Recherches sur les variations de l'acidité de l'urine aux différentes émissions du jour*; par M. DELAVAUD.

Les auteurs (1) disent que l'urine est toujours acide lorsqu'elle provient d'un individu sain, et que les variations qu'elle subit sous ce rapport, comme sous bien d'autres, sont purement accidentelles et dues principalement à la nature des aliments.

J'ai examiné sur moi-même l'acidité de l'urine des différentes émissions de la journée, et j'ai fait à cet égard trois séries d'observations : la première comprend vingt-trois jours, du 24 août au 15 septembre 1850; la deuxième en comprend vingt-quatre, entre le 16 septembre et le 13 octobre, et la troisième sept, entre le 11 et le 20 novembre; en tout cinquante-quatre jours.

Ces observations ont été faites simplement avec des bandes de papier de tournesol sur lesquelles on laissait tomber un filet de l'urine au moment de son émission, Puis la réaction acide, neutre ou alcaline, était notée sur-le-champ. Le papier qui a réagi, gardant après sa dessiccation la même réaction qu'auparavant, ou passant tout au plus de l'état neutre à une acidité à peine sensible, cela m'a permis de conserver les résultats matériels obtenus, et de plus de distinguer des différences bien tranchées dans l'intensité de l'acidité.

Dans le première série d'observations (du 24 août au 15 septembre), j'ai voulu tenir compte de toutes les circonstances capables d'influer sur l'économie. Voici les conditions dans lesquelles je me suis trouvé : température modérée (18 à 12° c. dans ma chambre, à Paris), temps assez beau. Réveil et lever de cinq heures à sept heures, ordinairement 6 heures, séjour dans la chambre jusqu'au déjeuner ; déjeuner à neuf heures et demie. quelquefois dix heures ou dix heures et demie, nourriture se composant à ce repas de viande, œufs et fruits. Pendant le milieu du jour, ordinairement promenade d'une heure et travail de cabinet. A cinq heures et demie, dîner, se composant de potage (avec quelques carottes, navets), bœuf, légumes (tels que artichauts, haricots, pommes de terre), rôti (bœuf, veau, mouton, volaille, gibier), salade, fruits (tels que pêches, abricots, fraises, poires, raisins), vin et eau. Après le dîner, promenade d'une ou deux heures; puis travail de cabinet, et enfin coucher à dix heures et demie environ.

(1) M. Delavaud ne connaissait pas les belles recherches de M. Bence Jones. Nous en publierons bientôt un résumé, en même temps que les résultats de recherches qui nous sont propres. BROWN-SÉQUARD.

Le résultat total auquel je suis arrivé a été le suivant : 1° la première émission d'urine, à l'heure du réveil (de cinq heures à sept heures, ordinairement six heures), s'est montrée constamment très manifestement acide ; les émissions suivantes jusqu'au déjeûner (neuf heures et demie, quelquefois dix heures, dix heures et demie), et peu après ce repas ont été presque toujours neutres ou très légèrement alcalines ou à peine acides, et fort rarement, et dans des cas exceptionnels, d'une acidité marquée ; 3° pendant le reste de la journée et pendant la nuit, l'urine a toujours été acide La première émission après le dîner (cinq heures et demie), pendant la digestion stomacale, m'a offert constamment une acidité très forte.

Dans la seconde série d'observations, comprenant vingt-quatre jours (entre le 16 septembre et le 13 octobre 1850), le régime a été le même que dans la première, excepté que généralement il n'y a pas eu ingestion de fruits au déjeuner, et que le travail auquel je me suis livré exigeait du mouvement et la station verticale, à partir de ce repas jusqu'au dîner.

Le résultat total a été le même que pour la première série ; j'y ai constaté, en outre, qu'il y avait diminution notable dans l'acidité vers l'heure du coucher, de dix heures à onze heures. Mais je n'insiste pas sur ce fait pas plus que sur celui du maximum d'acidité quelque temps après le dîner ; je les note seulement pour plus d'exactitude.

Les observations de la troisième série, comprenant sept jours (entre le 11 et le 20 novembre 1850), n'ont pas été faites aussi régulièrement que les précédentes, quelques émissions de la journée ayant été négligées. Elles confirment toutefois le résultat déjà obtenu, et montrent qu'il est le même à diverses époques, malgré la différence des saisons et les quelques changements que cela apporte dans le régime.

Depuis ce temps, plusieurs autres observations isolées ont été faites çà et là, et le résultat a été constant.

Dans ce grand nombre d'observations, je n'ai trouvé que très peu d'exceptions. Quatre fois seulement, l'urine ordinairement neutre le matin, entre la première émission du jour et le déjeuner, s'est montrée sensiblement acide ; mais ce fait coïncidait précisément avec de la fatigue éprouvée pendant la nuit et dans la matinée.

Quant à l'influence du genre d'alimentation, je ne puis en juger, la nourriture ayant été presque constamment la même pendant toute la durée des observations, c'est-à-dire assez variée pour chaque jour.

Ainsi, en résumé, la réaction de l'urine sur le papier de tournesol a beaucoup varié selon les émissions de chaque jour, et ce sont les repas, comme on devait s'y attendre, qui influent sur ces variations. Le sommeil ne me paraît avoir ici qu'une influence secondaire, comme je l'expliquerai tout à l'heure.

Maintenant, ce résultat est-il individuel, ou doit-il être étendu à un plus ou moins grand nombre d'individus pris dans des circonstances à peu près semblables? Le premier cas pourrait être vrai, d'autant plus que ma constitution est assez faible. Quant à l'urine que j'ai émise pendant ces recherches, elle a toujours été claire et limpide. J'ai constaté maintes fois depuis qu'elle ne se troublait par l'ébullition que lorsqu'elle était neutre ou alcaline. Le dépôt formé n'est pas un carbonate, car il ne fait pas effervescence par les acides, l'acide chlorhydrique, par exemple. Il ne faut pas se servir ici d'acide nitrique, parce que, s'il renferme la moindre trace d'acide nitreux, l'urée en dégage de l'azote, ce qui peut induire en erreur. Ce dépôt n'est pas de l'albumine, quoiqu'il ressemble quelquefois, lorsqu'il est plus abondant que de coutume, au trouble que donne par la chaleur l'urine d'un hydropique, convenablement étendue d'eau ou d'urine normale : l'une et l'autre s'éclaircissent par l'addition d'une très petite quantité d'acide nitrique ; mais si l'on en ajoute encore, le trouble reparaît dans l'urine albuminurique même fort étendue, tandis que la première reste transparente. Le trouble en question est dû à des phosphates terreux, car après l'avoir bien lavé à l'eau distillée par décantation, puis traité par l'acide nitrique pour le dissoudre, par le nitrate d'argent et par de l'ammoniaque pour neutraliser la dissolution, j'ai obtenu un précipité jaune-serin (1). Quant à l'urée, 150 grammes d'urine de la journée m'ont

(1) Ces phosphates sont maintenus en dissolution, au moins en partie, par de l'acide carbonique; car l'urine fraîche, neutre et précipitable par la chaleur, laisse dégager, quand on la fait bouillir, de l'acide carbonique troublant l'eau de chaux, et après qu'elle a été ainsi troublée, elle s'éclaircit par un courant d'acide carbonique, pour se troubler de nouveau par une deuxième ébullition. Ayant une fois vu l'urine acide se troubler également par la chaleur, j'ai constaté aussi que cette urine laissait dégager de l'acide carbonique, et que ce gaz l'éclaircissait quand elle était troublée. Il est probable que cette urine se troublerait si l'on enlevait l'acide carbonique par le moyen du vide. Cet acide carbonique peut ne dissoudre que partiellement les phosphates, car dans l'urine acide, la réaction reste la même après le trouble par l'ébullition, la cause de cette acidité peut maintenir encore une portion des phosphates en dissolution.

J'ai remarqué que sur l'urine neutre et se troublant par la chaleur, il se for-

donné une fois 9 grammes de nitrate d'urée brut et humide, ce qui est une forte proportion ; une autre fois, j'ai obtenu immédiatement du nitrate d'urée en lamelles micacées en versant de l'acide nitrique dans l'urine non évaporée. A l'occasion de cette forte proportion d'urée, on peut remarquer en passant que, si elle est un indice de l'altération profonde des aliments, elle n'est pas toujours en rapport avec la force de constitution des individus. Quelques autres faits provenant de personnes d'une complexion assez faible ou exténuées par des excès me le font également penser. Enfin d'autres recherches, chimiques et microscopiques, faites depuis sur cette urine, à des époques indéterminées, ne m'y ont rien fait découvrir d'essentiellement anormal. Des circonstances particulières ne m'ont pas permis et ne me permettront pas encore, d'ici à quelque temps, de faire à cet égard des analyses complètes et régulières.

Dans tous les cas, des observations faites sur d'autres individus devenaient nécessaires. Malheureusement, je n'ai pu en receuillir qu'un bien petit nombre, et encore sont-elles incomplètes. Cependant elles semblent confirmer, jusqu'à présent, le résultat obtenu sur moi-même.

D'abord, je puis citer un jeune homme, du même âge que moi (26 ans), d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin, et dont les urines sont ordinairement jaune-rouge et chargées d'acide urique. Les trois premières observations qu'il fit lui donnèrent, pour la première émission de la journée une réaction acide, et pour les suivantes, avant le déjeuner, une réaction moins acide et neutre. Je dois dire que d'autres observations lui donnèrent plus tard une réaction constamment acide, mais ces observations étaient faites dans des conditions irrégulières et différentes, relativement aux heures du lever et du premier repas, et c'est déjà quelque chose que d'avoir obtenu certaines fois le résultat en question. Du reste, voici d'autres observations.

Les unes ont été recueilles chez un homme de 30 ans bien constitué. Dans deux cas, le lever ayant eu lieu à sept heures et le déjeuner à onze heures, la première émission, à sept heures, a été très acide ; la deuxième, à neuf heures, beaucoup moins ; et la troisième, à dix heures et demi, tout à fait neutre. Chez

mait, après quelques heures seulement, une pellicule irisée, très mince, brillante, presque entièrement composée de cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien.

le même, lorsqu'il prend un premier repas à huit heures et demie, la réaction est toujours acide.

Les autres proviennent d'un homme de 50 ans, d'une constitution moyenne, menant une vie irrégulièrement active. Jamais, comme dans les observations précédentes, l'urine n'a présenté, pour cette personne, une réaction neutre depuis le déjeuner jusqu'au lendemain, et deux fois sur six, cette neutralité s'est manifestée entre le réveil et le premier repas.

Ainsi, ce petit nombre de recherches sur différents individus peut faire penser que le résultat de mes propres observations est susceptible d'être étendu ou généralisé. Pour trancher la question, il faudrait des observations suivies faites dans des conditions bien déterminées, et à peu près semblables, ou relatives aux tempéraments divers.

Une explication de cette variation de l'acidité des urines dans un même jour serait donc anticipée. On ne peut cependant méconnaître le rapport qui existe entre cette acidité et les repas ; elle semble être un des indices de la digestion (du moins de celle d'une nourriture non herbacée), tandis que la neutralité indiquerait une digestion tout à fait achevée et un besoin d'aliments. J'ai voulu, à cet effet, reconnaître quelle serait l'influence du jeûne. Et j'ai vu, par deux expériences où j'ai retardé de quatre à cinq heures le premier repas de la journée ; que légèrement alcaline de huit à dix heures du matin, l'urine redevenait acide vers midi et une heure, aucun aliment n'ayant encore été ingéré. Mais faut-il conclure de là que l'influence des repas est nulle sur l'acidité du liquide urinaire, et que les heures de la journée en sont l'unique cause? Cette conclusion serait contraire à ce qu'on sait aujourd'hui sur l'influence du jeûne, pendant lequel l'animal vit de sa propre substance. Il semble, en supposant que cette accidité coïncide avec l'altération des substances alimentaires, que, cette altération étant achevée complétement le matin, l'économie soit habituée aux quelques heures d'abstinence qui précèdent le déjeuner, et que ce n'est qu'à partir de ce moment qu'une digestion artificielle et incessante des tissus mêmes du corps s'opère pour remplacer ce premier repas lorsqu'il est soustrait à l'individu. Quant au sommeil, il ne contribue sans doute qu'à rendre la digestion plus lente et plus complète. De la fatigue éprouvée pendant la nuit ou dans la matinée produirait le même effet que l'abstinence, en provoquant, par la consommation des forces, une digestion plus rapide des aliments, et nécessitant bientôt l'altération des tissus eux-mêmes. Mais

ce ne sont là que de pures suppositions auxquelles je n'attache ici qu'une valeur secondaire.

Quoi qu'il en soit, ces observations fournissent une nouvelle preuve en faveur de l'importance qu'il y a à ne point donner, en physiologie, l'analyse absolue des liquides provenant de la digestion et montre combien est grande l'influence des conditions variées où se trouve l'économie. Ainsi (chez certains individus, du moins), l'urine totale de la journée étant acide, il est des moments où elle est neutre. Il me semble que si l'on pouvait trouver, ne fût-ce que dans un seul individu, un rapport bien constant entre la composition du liquide urinaire et le grand phénomène de la digestion, à diverses périodes de la journée, ce serait rendre à la physiologie un service plus grand que de lui offrir des centaines d'analyses faites indépendamment de ces vues. Je ne fais, du reste, en cela, que me conformer aux idées des physiologistes éminents de nos jours. La variation dans l'acidité de l'urine n'est peut-être ici qu'une chose secondaire, des variations plus importantes, plus constantes et plus générales peuvent exister dans la sécrétion urinaire. C'est dans cette direction que je compte poursuivre ces études, encore si imparfaites, dès que les circonstances me le permettront.

(*La suite à un prochain numéro.*)

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 230e VOLUME.

12e SÉRIE, TOME X. — OCTOBRE 1851.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Traitement de la tuberculisation en général et de la phthisie pulmonaire en particulier ; par le docteur *Louis Parola*. Traduit de l'italien par le docteur *Raikem*. (*Suite.*) 74

Essai sur l'anatomie et la physiologie des parties constituantes de l'appareil optique ; ou organisation de l'œil et de ses annexes ; par le docteur *P. J. Vallez*. (*Suite*). 96

Du traitement de la pleurésie et de la pneumonie. Leçons cliniques données à l'hôpital militaire ; par M. le professeur *Lebeau*, recueillies par le docteur *J. Crocq*. (*Suite*). 111

Mémoire sur les effets physiologiques et thérapeutiques du tannin envisagé surtout au point de vue de ses applications en ophthalmologie ; par *Fr. Hairion*. (*Suite*). 127

Bibliographie. — Essai d'antropologie et d'hygiène destiné aux classes supérieures de l'enseignement moyen et aux gens du monde ; par M. *J. Santlus*. 134

Extrait du Bulletin de l'Académie royale de médecine. — Séances du 28 juillet 1851. (*Suite* et *fin*). 136

Observations météorologiques faites à l'Observatoire royal de Bruxelles, pendant le mois d'aout 1851. 144

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALE.

PATHOLOGIE INTERNE. — 1. Ramollissement du cerveau, tumeurs squirrheuses dans cet organe ; par M. *Delasiauve*. 1

2. De la gangrène dite spontanée considérée dans ses rapports avec l'artérite chronique ; quelques considérations sur la curabilité et le traitement de cette affection ; par le docteur *Aran*. 9

3. Études sur la suette miliaire épidémique, et en particuler sur l'épidémie de 1849 ; par M. *J. Guérin*. 21

35. Observation de péricardite, dans laquelle on a constaté le bruit de frottement, et reconnu plus tard à l'autopsie, après la mort survenue par une maladie incurrente, l'absence d'adhérences du péricarde ; par le docteur *C. Morehead*. 257

39. De l'emploi de l'hydrotérapie dans le typhus febris nervosa gastrica, mucosa, pituitosa ; par le docteur *Hegelle* 260

41. Sur le diagnostic de la miliaire larvée et compliquée ; par M. *Fallani*. 265

THÉRAPEUTIQUE. — 4. Mémoire sur le traitement de l'ascite par les injections iodées ; par M. *Boinet*. (*Suite.*) 37

5. Considérations chimiques, physiologiques et thérapeutiques sur les sels d'argent ; par le docteur *J. Delioux*. (*Suite.*) 46

6. Emploi des spécifiques internes, dans le traitement des maladies de la peau ; notes extraites de la clinique de M. *Gibert*. 53

7. Étude sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques des composés ammoniacaux ; par le docteur *J. Delioux*. (*Suite* et *fin*). 57

8. Des effets du cathétérisme du tympan dans les névralgies ; par M. le docteur *H. Desterne*. 73

33. Du phosphate d'ammoniaque dans le traitement de la goutte et du rhumatisme. 254
42. De l'action pustulative de l'huile de croton tiglium ; par M. *Barrellat*. 265

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS. — 9. Observation sur la naissance d'un enfant hydrocéphale; par le professeur *J. A. Stoltz*. 85
30. Observation d'hémorrhagie utérine, survenue au quatrième jour après l'accouchement, par suite de la rupture d'une tumeur sanguine du col de l'utérus ; par *G. Johnston*. 216
MALADIES DES ENFANTS. — 10. Mémoire sur quelques parties de l'histoire de la bronchite et de la broncho-pneumonie chez les enfants ; par les docteurs *E. Barthez* et *F. Rillet*. 93
22. Sur le goître des nouveau-nés ; par M. *Fréderic Betz*. 234
26. Des cas de choléra parmi les enfants pendant l'épidémie de 1849, à Vienne ; par le docteur *Zuszinsky*. 239
27. Du croup et de son traitement par l'eau froide; par le docteur *Hauner*. 239

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 11. Du coussin bivalve, nouvel appareil contentif pour les fractures du membre inférieur ; par le docteur *Laurencet*. (*Suite.*) 110
12. Triple abcès par congestion, occupant les fosses illiaques droite et gauche, ainsi que le petit bassin ; par M. *Bonnafont*. 128
13. Tumeur ou kyste volumineux de la cavité abdominale abcédée. — Injections iodées, — guérison ; par le docteur *Bonnafont*. 137
24. Expériences sur la luxation de l'articulation coxo-fémorale et sur leur réduction; par le professeur *Hermann Mayer*. 237
38. Accidents cérébraux provoqués par une hernie. 260
MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 14. Nouvelles recherches sur la trachéotomie dans la période extrême du croup ; par M. *Trousseau*. (*Suite.*) 140
15. Observation de chirurgie pratique ; par M. le docteur *Jules Roux*. 145
31. Opération de trachéotomie, pratiquée pendant la grossesse, pour une laryngite chronique; guérison ; par M. *Rump*. 249
43. Ligature de la carotide primitive pour un anévrisme faux circonscrit des artères maxillaire externe, sub-linguale et sous-maxillaire ; par M. *Niccoli*. 267

VIII. MALADIES DES VOIES GÉNITO-URINAIRES.

16. Des coliques néphrétiques et de la gravelle ; par le docteur *Louis de Crozant*. 148
17. Sur l'utilité des bougies fines, coudées et tortillées, dans le traitement des rétrécissements de l'urètre; par M. le docteur *Leroy-d'Étiolles*.
29. Sur la nature et le traitement de l'albuminurie ; par le docteur *Rees*. 244
32. Abcès de la vésicule séminale ayant amené une perforation de la vessie et un épanchement de pus dans l'abdomen; par M. *Mitchell-Henry*. 251

IX. MALADIES SYPHILITIQUES.

18. Pourquoi certaines urétrites ne guérissent pas ? par M. *Boyé*. 173
40. Sur la transmission de la syphilis des nourrissons aux nourrices; par M. *Petrini*. 263

XII. GÉNÉRALITÉS.

19. De la syphilisation ou vaccination syphilitique ; par le docteur *Auzias-Turenne*. (*Suite.*) 178

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie nationale des sciences de Paris. — Séances des 6, 20 et 27 octobre. — Action de la portion cervicale du nerf grand sympathique et d'une portion de la moelle épinière sur la dilatation de la pupille. 193. — Modifications imprimées à la température animale par par l'introduction, dans l'économie, de différents agents thérapeutiques. 197. — Action des muscles obliques de l'œil. 200. — Détermination du point vital de la moelle allongée. 203. — Influence de la partie intra-crânienne du nerf sympathique et des troisième, quatrième, cinquième et sixième paires sur les mouvements de l'iris. 204. — Etat physiologique de l'albumine dans l'économie. 207.

Académie nationale de médecine de Paris. — Séances des 7, 14, 21 et 28 octobre. Instruments destinés à l'extraction de corps étrangers de la vessie. 210.— Influence de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement sur le développement et la marche de la phthisie. 210. — Rétroversion utérine. 213. — Transfusion du sang pratiquée pour un cas d'anémie. 216. — Sirop de castoreum composé. 219. — Emploi du sel ammoniac (chlorhydrate d'ammoniaque) dans le traitement des fièvres intermittentes. 220. — Emploi du tannate de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes. 221. — Quelques réflexions sur le purpura hæmorrhagica. 222. — Anévrisme vrai de l'artère carotide. 223. — Trachéotomie pratiquée pour un cas de croup. 223. — Jambe artificielle. 225. — Traitement antisyphilitique chez les femmes enceintes. 225. — Phimosis congénital. 227.

MÉLANGES.

20. Sur la circulation de la lymphe et sur les parties anatomiques les plus importantes des glandes lymphatiques; par le docteur *F. Nolli.* 231
21. Sur les kystes graisseux des ovaires; par le docteur *Steinlin.* 232
23. Recherches sur l'histologie du système nerveux avec des remarques sur la fibre musculaire et sur les mouvements du cœur; par le docteur *Schaffner.* 235
25. Sur la structure et le développement des poils; par le docteur *Steinlin.*
28. De la conicité de la cornée; par M. *White Cooper.* 241
34. Reproduction de l'os maxillaire inférieur, après une nécrose par la vapeur de phosphore; par le professeur *Virchow.* 256
36. Ulcère rongeant de l'utérus; par le docteur *Bennet.* 258
37. Hypertrophie de la lèvre antérieure du col de l'utérus; opération par le docteur *Montgomery.* 259
43. Compte-rendu des séances de la Société de Biologie, pendant le mois de septembre 1851; par M. le docteur *Brown-Séquard.* 266

TABLE

DES MATIÈRES PAR ORDRE DE JOURNAUX. — 230e VOLUME.

12e SÉRIE, TOME X. — OCTOBRE 1851.

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (septembre et octobre 1851).

Delioux (J.). Étude sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques des composés ammoniacaux. 57
Barthez et *Rillet*. Mémoire sur quelques parties de l'histoire de la bronchite et de la broncho-pneumonie chez les enfant. 93
Laurencet. Du coussin bivalve, nouvel appareil contentif pour les fractures du membre inférieur. 110
Auzias-Turenne. De la syphilisation ou vaccination syphilitique. 178

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (Nos 33, 35 et 37, 1851).

Guérin (J.). Études sur la suette miliaire épidémique, et en particulier sur l'épidémie de 1849. 21
Boinet. Mémoire sur le traitement de l'ascite par les injections iodées. 37
Delioux (J.). Considérations chimiques, physiologiques et thérapeutiques sur les sels d'argent. 46
Brown-Séquard. Compte-rendu des séances de la Société de Biologie, pendant le mois de septembre 1851. 270

GAZETTE MÉD. DE STRASBOURG (octobre 1851).

Stoltz (J.-A). Observation sur la naissance d'un enfant hydrocéphale. 85
Boyé. Pourquoi certaines urétrites ne guérissent pas? 173

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE (juillet et octobre 1851.)

Delasiauve. Ramollissement du cerveau, tumeurs squirrheuse dans cet organe. 1
Gibert. Emploi des spécifiques internes, dans le traitement des maladies de la peau. 53
Bonnafont. Triple abcès par congestion, occupant les fosses illiaques droite et gauche, ainsi que le petit bassin. 128
Bonnafont. Tumeur ou kyste volumineux de la cavité abdominale abcédée. — Injections iodées, — guérison. 137

L'UNION MÉDICALE (Nos 43, 45, 52, 85, 86, 87, 96, 109 et 111.)

Aran. De la gangrène dite spontanée considérée dans ses rapports avec l'artérite chronique; quelques considérations sur la curabilité et le traitement de cette affection. 9
Desterne. Des effets du cathétérisme du tympan dans les névralgies. 73
Trousseau. Nouvelles recherches sur la trachéotomie dans la période extrême du croup. 140

Roux (Jules.). Observation de chirurgie pratique. 145
Crozant (Louis de). Des coliques néphrétiques et de la gravelle. 148
Leroy-d'Étiolles. Sur l'utilité des bougies fines, coudées et tortillées, dans le traitement des rétrécissements de l'urètre. 164

JOURNAUX ALLEMANDS.

JOURNAL FÛR KINDERKRAKHEITEN.

Zuszinsky. Des cas de choléra parmi les enfants pendant l'épidémie de 1849, à Vienne. 239
Hauner. Du croup et de son traitement par l'eau froide. 239

NEUE MEDICINISCHE CHIRURGISCHE ZEITING.

Hegele. De l'emploi de l'hydrothérapie dans le typhus febris nervosa gastrica, mucosa, pituitosa. 260

PR. VER. ZTG.

Accidents cérébraux provoqués par une hernie. 260

VERHANDELUNGEN DER PHYS. MED.

Virchow. Reproduction de l'os maxillaire inférieur, après une nécrose par la vapeur de phosphore. 256

ZEITSCHRIFT FUR RATIONELLE MEDICIN.

Noll (F.). Sur la circulation de la lymphe et sur les parties anatomiques les plus importantes des glandes lymphatiques. 231
Steinlin. Sur les kystes graisseux des ovaires. 232
Betz (Fréderic.). Sur le goître des nouveau-nés. 234
Schaffner. Recherches sur l'histologie du système nerveux avec des remarques sur la fibre musculaire et sur les mouvements du cœur. 235
Hermann Mayer. Expériences sur la luxation de l'articulation coxo-fémorale et sur leur réduction. 237
Steinlin. Sur la structure et le développement des poils.

JOURNAUX ANGLAIS.

DUBLIN QUATERLY JOURNAL OF MED.

Rees. Sur la nature et le traitement de l'albuminurie. 244
Johnston (G.). Observation d'hémorrhagie utérine, survenue au quatrième jour après l'accouchement, par suite de la rupture d'une tumeur sanguine du col de l'utérus. 216
Montgomery. Hypertrophie de la lèvre antérieur du col de l'utérus. 259

GUY'S HOSPITAL REPORTS.

Rump. Opération de trachéotomie, pratiquée pendant la grossesse, pou une laryngite chronique. 249

LONDON MED. TRANSACTIONS.

Mitchell-Henry. Abcès de la vésicule séminale ayant amené une perforation de la vessie et un épanchement de pus dans l'abdomen. 251

LONDON MED. GAZETTE.

Morehaed (C.). Observation de péricardite, dans laquelle on a constaté le bruit de frottement, et reconnu plus tard à l'autopsie, après la mort survenue par une maladie incurrente, l'absence d'adhérences du péricarde. 257
Bennet. Ulcère rougeant de l'utérus. 258

LONDON JOURNAL OF MED.

White Cooper. De la conicité de la cornée. 241

THE MED. TIMES.

Du phosphate d'ammoniaque dans le traitement de la goutte et du rhumatisme. 254

JOURNAUX ITALIENS.

GAZZETTA ITALIANA TOSCANA.

Barrellai. De l'action pustulative de l'huile de croton tiglium. 265
Fallani. Sur le diagnostic de la miliaire larvée et compliquée. 265
Niccoli. Ligature de la carotide primitive pour un anévrisme faux circonscrit des artères maxillaire externe, sub-linguale et sous-maxillaire. 267

IL RACCOGLEORE MEDICO.

Petrini. Sur la transmission de la syphilis des nourrisons aux nourrices. 265